Bogotá, 13 de febrero del 2023

Señor
JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General
Honorable Cámara de Representantes

Asunto: Radicación Proyecto de Ley “Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”.

Señor Secretario reciba un cordial saludo.

En mi calidad de Ministra de Salud y Protección Social, me permito radicar el presente proyecto de ley, “Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, de conformidad con los artículos 139 y 140 de la Ley 5 de 1992.

De manera atenta, solicito respetuosamente iniciar el trámite correspondiente, en cumplimiento con las disposiciones dictadas por la Constitución y la Ley, conforme al siguiente articulado y exposición de motivos.

Cordialmente,

CAROLINA CORCHO MEJÍA

Ministra de Salud y Protección Social



PROYECTO DE LEY No____________

"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones "

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA DECRETA:

CAPÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. Objeto. La presente ley, de conformidad con la ley 1751 de 2015, sus definiciones y principios restructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece el Sistema de Salud, desarrolla sus principios, enfoque, estructura organizativa y competencias.

El Sistema de Salud se fundamenta en el aseguramiento social en salud como la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado. En consecuencia, el Sistema de Salud constituye el aseguramiento social, con participación de servicios de salud públicos, privados y mixtos.

Establece el modelo de atención, el financiamiento, la administración de los recursos, la prestación integral de los servicios para la atención en salud, el sistema integrado de información en salud, la inspección, vigilancia y control, la participación social y los criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias en ciencia, innovación, medicamentos, tecnologías en salud, formación y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud.

Artículo 2º. Sistema de Salud. De conformidad con el artículo 4 de la ley 1751 de 2015, es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles, información y evaluación; que el Estado dispone para garantizar y materializar el derecho fundamental a la salud.

Artículo 3º. Elementos esenciales del Sistema de Salud. En desarrollo de los elementos esenciales e interrelacionados establecidos en el artículo 6º y de lo dispuesto en los artículos 7º y 8º de la Ley 1751, son elementos esenciales del Sistema de Salud los siguientes:

1. **Obligatoriedad de los aportes.** Los aportes al Sistema de Salud son obligatorios para todos los trabajadores, empleadores, pensionados y rentistas de capital a excepción de lo establecido en la presente ley y otras disposiciones del ordenamiento jurídico.

2. **Parafiscalidad.** Los recursos de destinación específica al Sistema de Salud, incluyendo los recursos asignados por el Presupuesto General de la Nación, son de carácter parafiscal, inembargables y tienen naturaleza pública. No podrán ser utilizados para fines diferentes a la destinación establecida por las disposiciones jurídicas.

3. **Humanización.** Es el conocimiento de las necesidades y la confianza mutua en que debe fundamentarse la relación entre el personal de los servicios de salud y los individuos, familias y comunidades en los diferentes ámbitos de prestación de servicios de manera individual y colectiva en el largo plazo y a lo largo del ciclo vital.

4. **Eficacia.** Es lograr los resultados en Salud en la población por parte del Sistema de Salud con cada paciente, familia y comunidad. Los resultados deben expresarse y publicarse periódicamente como Indicadores de Salud en el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud.

5. **Intersectorialidad.** Es la articulación estructural y sistémica de los sectores estatal, social, y privado para lograr el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, una incidencia efectiva y eficaz sobre los determinantes sociales de salud y las garantías sociales, mejorar las condiciones de vida y el progreso social en diferentes grupos, comunidades y poblaciones.

6. **Participación vinculante.** Es la intervención efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones, en la gestión y en la vigilancia y el control, en los establecimientos de salud y en las instancias de formulación, implementación y evaluación de planes y políticas públicas relacionadas con la salud de la población.

7. **Enfoque de género.** Es la superación de las barreras y restricciones a los derechos sexuales y reproductivos, el reconocimiento y la autodeterminación plena sobre el cuerpo, las concepciones y valoraciones sobre el cuidado, la superación de estereotipos basados en lo biológico y el reconocimiento histórico sobre las múltiples situaciones y circunstancias que afectan los derechos de las mujeres y de las personas sexualmente diversas.

Artículo 4°. Definiciones. El Sistema de Salud se organiza a partir de los siguientes conceptos:

1. **Salud.** Es la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida en las condiciones materiales y sociales más favorables cuyo resultado es el bienestar, el buen vivir y la dignidad humana, individual y colectiva.

2. **Servicio público esencial de salud.** La salud constituye un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, el cual se garantiza mediante la prestación del servicio público esencial obligatorio por parte del Estado, en los términos dispuestos en el artículo 49 de la Constitución Política y la Ley 1751, constituido por los bienes y servicios de atención integral que aportan a la salud de las personas para desarrollar, preservar, recuperar y mejorar la salud, propiciando mayor nivel de bienestar y calidad de vida posible.

3. **Salud Pública.** Es el conjunto de políticas, programas y acciones públicas y de la sociedad que cobijan a la población con el fin de cuidar y promover la salud y prevenir las enfermedades, garantizar un ambiente y entorno sano y saludable, mantener la salud de las comunidades y las personas para mejorar continuamente su calidad de vida y bienestar. La Salud Pública propicia la articulación entre el Estado y la Sociedad.

4. **Territorio de Salud.** Es un territorio con identidad epidemiológica, ambiental, social y cultural, en el que se integran dinámicamente el suelo, los asentamientos humanos, los recursos de la economía, el ambiente y el entorno, y requiere una planificación conjunta del accionar sectorial e intersectorial para garantizar la salud de sus habitantes.

5. **Modelo de atención.** Es el proceso que articula los bienes y servicios en el Sistema de Salud, en los ámbitos individual y colectivo y las responsabilidades institucionales y sociales, con el fin de resolver necesidades sanitarias de los territorios de salud y hacer efectivo el derecho a la Atención Integral en Salud para su mantenimiento y recuperación, y para la prevención de enfermedades, la atención y la rehabilitación y la paliación de las personas afectadas tanto por enfermedades generales como por las relacionadas con el medio ambiente, el trabajo y los accidentes de tránsito.

6. **Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud (APIRS).** Es el contacto primario entre las personas, familias y comunidades con el Sistema de Salud, estructurado en redes integrales inter y transdisciplinarias

para la prestación de servicios con capacidad resolutiva de los problemas de tipo individual, familiar, comunitario, laboral, territorial. Su composición en cada territorio dependerá de las necesidades y características sanitarias, epidemiológicas, socio ambientales y de los determinantes de salud existentes allí. Involucra la territorialización, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria. Se desarrolla en el marco de una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal con participación activa de las comunidades, la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, para garantizar la integralidad y eficacia de la atención, la intervención favorable sobre los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios.

7. **Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS).** Es el conjunto integrado de organizaciones de carácter público, privado y mixto, o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios integrales de salud individuales y colectivos con calidad, equitativos, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con orientación individual, familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio poblacional determinado, para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de personas y comunidades

8. **Atención territorial en salud.** El modelo de salud preventiva, predictiva y resolutiva se desarrolla atendiendo las condiciones de los territorios de salud, que comienzan en el hogar, pasan por el barrio, la vereda y llegan a la totalidad del territorio en salud.

9. **Atención familiar en salud.** El modelo de salud preventiva, predictiva y resolutiva debe buscar conocer, atender y referenciar los lazos sanguíneos que unen a las personas, con el fin de identificar factores de riesgo general y genéticos que puedan ser causa de enfermedades, darles seguimiento para predecir y prevenir su ocurrencia o hacer detección temprana, con el fin de ofrecer tratamiento oportuno y mitigar sus efectos dañinos.

10. **Salud Preventiva.** Son todas las actividades que realiza el Sistema de Salud con el objetivo de atender los determinantes sociales y los factores biológicos que pueden producir enfermedad.

11. **Salud Predictiva.** Son todas las acciones que estudia, planifica y lleva a cabo el Sistema de Salud para descubrir determinantes sociales y factores biológicos que sean fuentes de enfermedad.

12. **Salud Resolutiva.** Son todas las decisiones sobre bienes y servicios que toma el sistema de salud para atender de manera oportuna y efectiva a las personas enfermas a fin de restablecerles la salud, respetando la autonomía de cada paciente y la dignidad humana.

13. **Determinantes Sociales de la salud.** Constituyen aquellos factores presentes, de actuación negativa, o aquellos que, por su ausencia, permiten e inducen la aparición de enfermedades y que entre otros factores tienen origen: social, económico, cultural, nutricional, ambiental, ocupacional, habitacional, de educación y de acceso a los servicios públicos.

14. **Sistema Público Único Integrado de Información en Salud -SPUIIS.** Es un sistema de información transversal al Sistema de Salud, diseñado para garantizar la trasparencia y el acceso en línea y tiempo real a la información epidemiológica, clínica, farmacológica, administrativa, de actividades e intervenciones médicas y sanitarias y de todas las transacciones económicas del mismo.

Definición de instituciones:

15. **Instituciones prestadoras de servicios de salud.** Son entidades cuyo objeto es la prestación de servicios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y forman parte integrante del Sistema de Salud.

16. **Instituciones de Salud del Estado.** Constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; son creadas por la Ley o por las

asambleas departamentales o concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley. Su objeto es la prestación de servicios de salud como un servicio público a cargo del Estado. Las Instituciones de Salud del Estado comprenden los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, Laboratorios y toda institución estatal de salud.

17. **Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud.** Es la instancia del Gobierno Nacional, que presidida por el Presidente de la República y conformada por los ministros de despacho, está encargada de evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizar el seguimiento de indicadores de salud.

18. **Consejo Nacional de Salud.** El Consejo Nacional de Salud es una instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía decisoria; tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, llevar iniciativas normativas, evaluar el funcionamiento del Sistema de Salud y generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento de este.

19. **Territorios focalizados.** Las Direcciones Territoriales de Salud podrán, definir territorios focalizados o subdivisiones internas del territorio de su jurisdicción, para responder a las necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según las necesidades, propiciar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud y realizar el trabajo intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales conforme a los determinantes en salud que apliquen en su territorio.

20. **Instancias Operativas.** Las instancias operativas del Sistema de Salud son las de financiamiento, de administración y gestión de salud, de prestación de servicios de salud, de información, de participación social y de inspección, vigilancia y control, definidas en la presente Ley.

21. **Entidades Promotoras de Salud.** Las entidades promotoras de salud son las entidades públicas, privadas o mixtas que ejercerán actividades de acuerdo a lo que disponga la presente ley y su reglamentación.

CAPÍTULO II.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Artículo 5°. Acción Estatal frente a los determinantes Sociales de la salud. Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá coordinadamente sobre los Determinantes de Salud, a fin de mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio

Parágrafo. Las acciones correctivas sobre los determinantes de la salud son prioridad del Estado colombiano, se financiarán de manera transversal en los presupuestos de las entidades y se deberán tener en cuenta al momento de realizar la planeación de estas.

Artículo 6°. Determinantes sociales de la salud. De conformidad con el artículo 9 de la ley 1751 de 2015, son determinantes sociales de la salud los siguientes:

1. Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas.

2. Seguridad alimentaria, que conlleva la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición.

3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas.

4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas.

5. Medio ambiente sano.
6. Acceso al transporte.
7. Acceso a la educación y recreación.
8. Condiciones de vida digna y eliminación de la pobreza.
9. Ausencia de cualquier tipo de discriminación.
10. Convivencia y solución de conflictos por vías pacíficas.
11. Información accesible sobre cuestiones relacionadas con la salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva.
12. Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.
13. Enfoques diferenciales basados en la perspectiva de género.
14. Los demás que tengan incidencia sobre la salud.

Parágrafo. Los determinantes de la salud no son taxativos, por lo cual podrán establecerse nuevos determinantes que exijan su reconocimiento en materia de derechos.

Artículo 7°. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud. El Presidente de la República presidiera la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud, integrada por todos los Ministros del gabinete, la cual deberá establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes de la Salud según la información epidemiológica que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), quien deberá solicitar información a las demás instituciones con competencias respecto a los determinantes en la salud.

La Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud participará en la formulación inicial del Plan Nacional de Desarrollo, de que tratan los artículos 14 y 15 de la ley 152, para proponer las políticas, estrategias y recursos que incidan en los determinantes de salud. La Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud evaluará el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizará el seguimiento a los indicadores de salud en los términos que establezca el reglamento.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, en los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley reglamentará la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud de la cual deberá ejercer la Secretaria Técnica. La comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud deberá sesionar al menos una vez al año.

Artículo 8°. Comisiones Departamentales, Distritales y municipales de Determinantes de Salud. Los Gobernadores y Alcaldes Distritales y municipales conformarán la Comisión de Determinantes de Salud en el ámbito de su jurisdicción, dentro de los noventa (90) días a partir de la vigencia de esta ley. Tales comisiones revisarán la información epidemiológica departamental que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), el Consejo Territorial de Salud y su Secretaría Territorial de Salud para establecer los Determinantes a intervenir, analizarán el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante la evaluación de indicadores de salud y publicarán trimestralmente los resultados en el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIIS.

Las decisiones de estas comisiones serán consideradas en el proceso de formulación del Plan Territorial de Desarrollo respectivo en los términos establecidos en los artículos 36, 37 y 39 de la Ley 152 de 1994. Igualmente, las comisiones participarán en la estructuración de los planes de acción de que trata el artículo 41 de la Ley 152 de 1994 y en las evaluaciones de los planes territoriales.

Parágrafo. Coordinación nacional y territorial. La Comisión intersectorial de orden nacional deberá informar a las Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales las directrices y lineamientos de la política de los

determinantes sociales de la salud. Así mismo, las comisiones de orden territorial informarán el desarrollo de la política en los territorios y las sugerencias de esta.

CAPÍTULO III.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD.

Artículo 9º. Rectoría y dirección del sistema. La rectoría del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y protección Social quien a tal efecto ejercerá la dirección del Sistema de Salud.

La dirección del Sistema de Salud consiste en la formulación de las políticas, dirigir la actividad administrativa, llevar las iniciativas legislativas y ejecutar las disposiciones legales, desarrollar las políticas públicas de salud en el ámbito nacional y ejercer la coordinación sectorial. En el ámbito nacional le corresponde ejercer las competencias a cargo de la nación que las disposiciones orgánicas y ordinarias le asignen.

La dirección del Sistema de Salud a nivel departamental, regional, distrital y municipal, consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen.

La dirección del Sistema de Salud en el ámbito nacional será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud, en los términos de la presente Ley.

En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, encargadas de la administración de los Fondos Territoriales de Salud, que ejercerán la función de autoridad sanitaria en el Territorio de Salud correspondiente en armonía con los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

Artículo 10. Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud es una instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía decisoria; tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, llevar iniciativas normativas, evaluar el funcionamiento del Sistema de Salud y generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento del mismo.

Composición. El Consejo Nacional de Salud estará conformado así:

1. Cinco (5) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien presidirá; el ministro de Hacienda; el Ministro de Trabajo; el Director de Planeación Nacional y el Ministro de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible.
2. Tres (3) representantes de las Secretarías territoriales de Salud.
3. Dos (2) representantes del sector empresarial: uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones.
4. Dos (2) representantes de las centrales obreras.
5. Dos (2) representantes de las asociaciones campesinas.
6. Siete (7) representantes de las organizaciones de pacientes, uno por cada región sociocultural del país (Central, Pacífica, Atlántica, Eje cafetero, Nororiental, Orinoquia y Amazonia).
7. Tres (3) representantes de comunidades étnicas: uno (1) de los pueblos indígenas, uno (1) de las comunidades afrocolombianas y uno (1) de la comunidad ROM.
8. Un (1) representante de las organizaciones de la población en condiciones de discapacidad.

9. Un (1) representante de las comunidades LGBTIQ+.

10. Una (1) representante de asuntos de la mujer y perspectiva de género.

11. Dos (2) representantes de las asociaciones de instituciones prestadoras de servicios de salud: uno estatal y uno privado.

12. Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina, entidad consultora del Gobierno Nacional.

13. Un (1) representante de la Federación Médica Colombiana, entidad consultora del Gobierno Nacional.

14. Un (1) representante de la profesión de Enfermería.

15. Un (1) representante de las facultades de Ciencias de la Salud.

16. Un (1) representante de las facultades y programas de Salud Pública.

17. Un (1) representante de los estudiantes de Ciencias de la Salud.

18. Dos (2) representantes de las demás organizaciones de trabajadores no médicos de la salud: Uno profesional y otro no profesional.

19. Un (1) representante de los pensionados.

20. Dos (2) representantes de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, uno estatal y uno privado.

El Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) formarán parte del Consejo con voz pero sin voto.

Parágrafo 1. Elección de los miembros no gubernamentales. Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia, e imparcialidad. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir dicha reglamentación en los 6 meses siguientes a la expedición de la Ley. Igualmente se reglamentará la designación de los representantes de los Centros de Atención Primaria Integrales Resolutivos en Salud.

Parágrafo 2. El funcionario gubernamental que ejerza el cargo de jefe de la entidad con el derecho a participar en el Consejo Nacional de Salud, ocupará el cargo de la entidad en el Consejo Nacional de Salud. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de tres años de participación en el Consejo Nacional de Salud, con posibilidad de postularse para su reelección por máximo un período.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros, el soporte técnico, y gastos para comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán viáticos y honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según reglamento establecido por el mismo Consejo.

Artículo 11. Funcionamiento. El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesión de manera extraordinaria por el ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una decisión o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite.

El Consejo Nacional de Salud podrá invitar a las instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes por los temas a tratar.

La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito, previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.

Artículo 12. Funciones del Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Proponer al Ministro de Salud y Protección Social las políticas públicas nacionales de salud, en especial, de salud pública.

2. Proponer políticas orientadas a promover la calidad de vida y la salud de la población, tanto del Sistema de Salud, como en lo que compete a políticas y acciones de la administración pública de otros sectores, contextos o determinaciones que inciden directamente en la salud, considerando enfoques transversales, estructurales e interseccionales de la salud, para el ámbito territorial y nacional. Dichas iniciativas serán presentadas ante el CONPES, el Departamento Nacional de Planeación y demás instancias intersectoriales, por el ministro de Salud y Protección Social.

3. Llevar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.

4. Velar por el buen funcionamiento del Sistema de Salud y por el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud.

5. Presentar semestralmente un informe de las actuaciones y gestiones del Consejo Nacional de Salud ante las comisiones séptimas constitucionales del Senado de la República y la Cámara de Representantes.

6. Adoptar su propio reglamento.

Parágrafo 1. El ministro de Salud y Protección Social deberá argumentar frente al Consejo Nacional de Salud su decisión, cuando decida apartarse de las recomendaciones realizadas por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social debe informar al Consejo Nacional de Salud acerca de las políticas cuatrienales que se hayan aprobado y de la ejecución de la política realizada cada año.

Artículo 13. Consejos Territoriales de Salud. Los Consejos Territoriales de Salud tienen como objetivo, desarrollar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas públicas de salud, tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes al Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente. En estos Consejos además habrá un representante de los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud -CAPIRS de naturaleza pública, mixta y privada. Propondrán las políticas específicas a desarrollar en el respectivo territorio, según las necesidades identificadas y los objetivos definidos en él, en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de salud y adelantarán la coordinación, seguimiento y veeduría para el buen funcionamiento del Sistema de Salud y de sus recursos en el Territorio. En sus reuniones participará con voz, pero sin voto el representante de la Superintendencia Nacional de Salud del Territorio.

El Consejo Departamental o Distrital de Salud deberá recomendar técnicamente la construcción del Plan Territorial de Salud y hacer una evaluación trimestral de las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas. Los Informes Trimestrales de evaluación serán entregados a la máxima autoridad territorial y al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a los organismos de control y una copia será remitida a las bibliotecas de las Universidades en el respectivo Departamento o Territorio, quienes deberán publicarlo en sus respectivos portales en línea, para garantizar el acceso público a la información.

Artículo 14. Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social. Además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones:

1. Presentar al Consejo Nacional de Salud la política pública nacional de salud cada cuatro (4) años, para su concertación y recomendaciones.

2. Dirigir la ejecución, seguimiento, evaluación e implementación de la política pública cuatrienal de salud en todo el territorio nacional en coordinación con las instancias correspondientes del ámbito territorial.
3. Expedir las normas para la ejecución de la política de salud por parte de los agentes del sistema.
4. Presentar al Consejo Nacional de Salud iniciativas de reglamentación de temas específicos del Sistema Nacional de Salud para su consideración y recomendaciones.
5. Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del Consejo Nacional de Salud.
6. Diseñar y poner en marcha el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIIS.
7. Prestar la asistencia técnica al nivel territorial para garantizar la implementación del Sistema de Salud.

Artículo 15. Asistencia técnica territorial. El ministro de salud y protección social convocará de manera periódica, cada cuatro (4) meses, los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del país, en un comité ejecutivo nacional y que tendrá como finalidad primordial, evaluar el desarrollo del Sistema de Salud y coordinar las acciones de naturaleza interinstitucional conforme a las competencias de cada nivel de gobierno.

Los directores departamentales de salud, convocarán de manera regular, un comité ejecutivo departamental, cada cuatro 4 meses, a los directores territoriales de salud de municipios y distritos, y que tendrán como finalidad realizar la coordinación continua de políticas y ejecución de acciones entre el nivel departamental y sus municipios y distritos.

Artículo 16. Cooperación, coordinación, integración y articulación a nivel territorial. Las Direcciones Territoriales de Salud deben garantizar la cooperación, coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho a la salud de las poblaciones. Igualmente podrán asociarse para el manejo conjunto de zonas geográficas o territorios de salud con características comunes en términos ambientales, económicos, sociales, culturales, étnicos o comunicacionales.

Artículo 17. Territorios focalizados. Las Direcciones Territoriales de Salud podrán asociarse entre sí, definir territorios focalizados o subdivisiones internas del territorio de su jurisdicción, para responder a las necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según las necesidades, propiciar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud y realizar el trabajo intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales.

Artículo 18. Instancias Operativas. Las instancias operativas del Sistema de Salud son las de financiamiento, de administración y gestión de la salud, de prestación de servicios de salud, de información, de participación social y de inspección, vigilancia y control, definidas en la presente Ley.

CAPÍTULO IV

FUENTES, USOS Y GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 19. Definición. El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud y la solidaridad en beneficio

de toda la población entre generaciones, géneros, empleados y desempleados, sanos y enfermos, población urbana y rural, regiones con distinto nivel de desarrollo y entre ciudadanos con alto y bajo ingreso.

Los recursos aportados para la salud en la forma de cotizaciones o impuestos son de naturaleza pública, imprescriptibles e inembargables. La participación de los particulares está supeditada al cumplimiento de las obligaciones determinadas por la ley y las políticas para la prestación del servicio. Estos recursos serán sometidos a control de la Contraloría General de la República y demás órganos de control en lo de su competencia y estarán sometidos al control social.

Artículo 20. Aportes. Según su condición socioeconómica, las personas y las empresas aportan a la financiación del Sistema de Salud mediante contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta; los impuestos, transferencias, participaciones, tasas o contribuciones que se destinan o asignan al Sistema de Salud en los diferentes niveles del Estado; los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal que se asignen a la salud. Igualmente son recursos del sistema de Salud los demás ingresos y pagos que forman parte de la financiación de los servicios de salud.

Artículo 21. Fondo Único Público de Salud. El Fondo Único Público de Salud, estará constituido por un conjunto de cuentas del Sistema de Salud y será administrado por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES, cuya inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.

Artículo 22. Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES, tiene por objeto garantizar el adecuado flujo y la administración y control de los recursos del Sistema de Salud. Le corresponde en especial administrar el Fondo Único Público para la Salud, los que financien el Sistema de Salud, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. Le corresponde a la Entidad Administradora de los recursos del Sistema de Salud:

1. Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en el presente artículo y en especial el Fondo Único Público para la Salud.

2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud.

3. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud de acuerdo con el ordenador de gasto competente y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.

4. Organizar los Fondos Regionales de Salud y las oficinas en cada departamento para la gestión de las cuentas y pagos, en los términos de la presente Ley.

5. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.

6. Administrar la información propia de sus operaciones

7. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.

8. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).

9. Gestionar la Cuenta Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley.

10. Garantizar el flujo de recursos de la Nación hacia los Territorios de Salud para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y a las Instituciones Hospitalarias para el control, provisión y prestación de los servicios integrales de salud individuales y colectivos.

11. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.

12. Realizar los contratos para garantizar en el nivel nacional y a nivel desconcentrado, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas. Su régimen de contratación se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

Artículo 23. Recursos de la Entidad Administradora de Recursos del Sistema de Salud, ADRES. Los ingresos de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud estarán conformados por los aportes del Presupuesto General de la Nación definidos a través de la sección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la Entidad.

Artículo 24. Administración de recursos por parte de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud le corresponde:

1. Realizar los giros de las asignaciones, según las prioridades en salud establecidas en la presente Ley, de los recursos que le corresponda.

2. Administrar los recursos parafiscales del orden nacional.

3. Los recursos provenientes de las cotizaciones para la seguridad social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes.

4. Los recursos provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de capital.

5. Los recursos provenientes de las cotizaciones de los pensionados.

6. Administrar los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 20% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad-Valorem con una tasa del 30%, exceptuando las armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado.

7. Los rendimientos financieros.

8. Los recursos que actualmente destinan las Cajas de Compensación al régimen subsidiado.

9. Administrar las demás cuentas del Fondo Único Público de Salud.

Artículo 25. Aportantes al sistema de salud. Son aportantes al Sistema de Salud las empresas, los rentistas, los trabajadores con relación laboral de cualquier naturaleza, los independientes y los contratistas.

Las cotizaciones al Sistema de Salud serán proporcionales al ingreso y constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal. Todo contrato laboral incluirá los costos de la cotización. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus aportes en salud ante los operadores autorizados y con destino a la Cuenta Única de Recaudo a cargo de la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES.

Artículo 26. Cotizaciones. Las cotizaciones del sistema de salud serán las previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1992 y demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, en el entendido que ellas corresponderán al nuevo Sistema de Salud.

Parágrafo 1°. No se podrán establecer barreras económicas para acceder a los beneficios del Sistema de Salud tales como copagos o cuotas moderadoras, ni se podrán establecer condiciones como preexistencias o exigir períodos mínimos de cotización o de carencia.

Se exceptúa de esta norma la utilización de tratamientos hospitalarios y especializados no ordenados por los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud y no originados en una urgencia vital, en cuyo caso podrán cobrarse los copagos que reglamente el Ministerio de Salud. La continuidad de los tratamientos originados en una urgencia vital deberá ser autorizada por el respectivo centro de atención primaria, el que constatará si la institución es la idónea para atender el paciente y, de no ser así, la remitirá a una institución adecuada acorde a la red de la cual hace parte. Esta notificación se dará dentro de los primeros dos días hábiles para que el servicio pueda ser reconocido por los Fondos regionales y no dar origen a copagos.

Parágrafo 2°. La Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social, UGPP, será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las Contribuciones Parafiscales en salud, respecto de los omisos e inexactos. La Entidad Administradora de Recursos de la Salud ADRES garantizará el sistema de liquidación, recaudo y cobro de las cotizaciones.

Artículo 27. Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones. El incumplimiento de las obligaciones formales y sustanciales del pago de las cotizaciones y contribuciones obligatorios al Sistema de Salud será objeto de control y cobro por parte del Estado, a cargo del órgano competente en la materia. En ningún caso el incumplimiento formal o sustancial de las obligaciones de pago de las contribuciones y cotizaciones al Sistema de Salud de las empresas, trabajadores o rentistas constituirá una barrera de acceso para solicitar y recibir los servicios de salud en el territorio nacional.

Artículo 28. Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR). La Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR) es determinada por la ADRES. Su función es recibir todos los aportes de cotizaciones en salud en todo el país. Esta cuenta contará con un mecanismo de registro de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de usuarios, basado en el documento de identificación empresarial y ciudadana, según corresponda.

Artículo 29. Cuentas y recursos administradas por la ADRES. La Entidad de Administración de Recursos de la Salud - ADRES, tiene las siguientes cuentas:

1. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS)
2. Fortalecimiento Red Pública para la Equidad.

Además de las cuentas administradas por la ADRES, le corresponde administrar los siguientes recursos:

3. Los destinados al control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública
4. Los destinados a formación en Salud
5. Las prestaciones económicas de los cotizantes
6. Los de destinación específica que a la fecha de expedición de la presente ley venía administrando con destinación específica.

Artículo 30. Distribución de los recursos en las cuentas administradas por la ADRES. Las fuentes y usos de las cuentas administradas por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES son:

Las fuentes y usos de las cuentas administradas por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES son:

1. Cuenta Atención Primaria Integral en Salud

1.1. Fuentes

- Sistema General de Participaciones: 90% de los recursos para salud con destino a los municipios y distritos. El criterio de distribución será exclusivamente poblacional.

- Aportes de trabajadores y empresas destinados a solidaridad, equivalentes a 1,5 puntos de la cotización en salud.

- Recursos propios de municipios y distritos, incluido Coljuegos municipal, que actualmente financian el Régimen Subsidiado.

- Recursos destinados a la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de la población migrante y otras poblaciones especiales que destinen la nación u organismos internacionales, distribuidos a los municipios para la atención de estas poblaciones, de acuerdo con los criterios establecidos por las instituciones que aportan los recursos.

- Aportes del Presupuesto Nacional para el fomento de la Atención Primaria.

- Otros recursos que se orienten a la Atención Primaria en Salud

1.2. Usos

Los recursos de la Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud se ejecutarán por giro directo mensual de la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. Se destinarán a:

- La financiación de los servicios de atención primaria, comprendiendo la atención básica en salud, la operación de los equipos extramurales de atención domiciliaria y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- Los recursos de solidaridad serán presupuestados por el Ministerio de Salud con destino a los municipios y distritos para cofinanciar la Atención Primaria con criterio de equidad y serán girados por la Administradora de Recursos de Salud, ADRES, de acuerdo a la distribución específica que se decida, tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud y los criterios establecidos en la presente ley.

- Soluciones de transporte para garantizar, sin barrera alguna, la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales.

- El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.

2. Cuenta Fortalecimiento Red pública para la equidad.

2.1. Fuentes

- Rentas cedidas a las entidades territoriales y otras de destinación específica para salud. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta subcuenta del Fondo con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas.

- Otros aportes departamentales y distritales dedicados a fortalecer la prestación de servicios en las Instituciones Sanitarias Estatales, que destinen los departamentos al fortalecimiento de la red pública. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta cuenta del Fondo, con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas.

- Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la Oferta en el nivel Departamental, que serán transferidos por el Ministerio de Hacienda directamente a los Departamentos y Distritos.

- Aportes del presupuesto nacional para garantizar el cierre presupuestal de hospitales de mediana y alta complejidad en regiones con población dispersa y menor posibilidad de ingresos por venta de servicios.

2.2. Usos

- Aportes presupuestales para funcionamiento de las Instituciones Sanitarias del Estado atendiendo criterios de garantía de la prestación de los servicios, dispersión poblacional, perfil epidemiológico, necesidades de compensación de recursos por baja facturación.

- Mantenimiento de la infraestructura hospitalaria con el propósito de mejorar la oferta de servicios hacia las poblaciones con mayores barreras de acceso a los servicios.

- El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.

Parágrafo. Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo podrán ser reasignados en el transcurso de la vigencia fiscal, atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social, con el objeto de garantizar la eficiente asignación de los recursos, el servicio público esencial de salud y el derecho fundamental a la salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 31. Recursos de las entidades territoriales. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el marco regulatorio para la operación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS y la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma.

Recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud para el desarrollo y fortalecimiento de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de su población.

Artículo 32. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan decenal de Equipamiento en Salud que se actualizará entre 5 y 10 años, según sea el caso, con criterios de equidad regional, el cual se financiará con los recursos de la Cuenta de Infraestructura y Equipamiento del Fondo Único Público para la Salud.

Artículo 33. Fondos Territoriales de Salud. Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud, los cuales estarán constituidos por:

1. Transferencias del Fondo Único Público para la Salud.

2. Rentas de destinación específica para la salud de que trata la Ley 1393.

3. Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) determinados por la Ley 715 que les corresponde.

4. Los recursos propios de los territorios para el financiamiento de la salud.

La gestión y el uso de los recursos de los Fondos Territoriales de Salud cumplirán con los estándares de prestación de los servicios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 34. Criterios de asignación para los Fondos Territoriales de Salud. Los criterios de asignación para la transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los Fondos Territoriales de Salud serán los mismos del Sistema General de Participaciones (SGP): la equidad y la rentabilidad social. Una proporción de tales recursos se priorizará para aquellos que, respecto del promedio nacional, presenten peores indicadores en materia de:

1. Prevalencia de problemas y enfermedades de interés en salud pública.

2. Morbimortalidad y restricciones de acceso a los servicios de salud.

3. Mortalidad materna e infantil.

4. Cobertura de saneamiento básico y agua potable.

5. Incidencia de emergencias y desastres.

6. Oferta de servicios de salud.

Artículo 35. Modificatorio del artículo 57 de la Ley 715. El artículo 57 de la Ley 715 quedará así:

"ARTÍCULO 57. FONDOS DE SALUD. Las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud, deberán organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación. Los Distritos contarán con un fondo de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, con los recursos de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, diferenciado del fondo para el desarrollo de la red pública hospitalaria y especializada.

En los fondos departamentales, distritales o municipales de salud deberán contabilizarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud y en general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial. Los recursos para pagar los Servicios de salud del Sistema General de Participaciones, se contabilizarán sin situación de fondos y tendrán giro directo por la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un programa de asunción gradual de las competencias por parte de las direcciones de salud, para asumir la gestión directa de los recursos para salud provenientes del Sistema General de Participaciones y otras fuentes de financiación de naturaleza solidaria.

Los Fondos Territoriales de Salud tendrán las subcuentas análogas a las del Fondo Único Público para la Salud, que exijan los servicios definidos en el modelo de atención establecido en la presente Ley.

Parágrafo 1°. Para vigilar y controlar el recaudo y adecuada destinación de los ingresos del Fondo de Salud, la Contraloría General de la República deberá exigir la información necesaria a las entidades territoriales y demás entes, organismos y dependencias que generen, recauden o capten recursos destinados a la salud.

El control y vigilancia de la generación, flujo y aplicación de los recursos destinados a la salud está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. El Gobierno reglamentará la materia".

Artículo 36. Modificatorio del numeral 44.2. de la Ley 715. El numeral 44.2. de la Ley 715 quedará así; "44.2. De Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. Financiar la Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud, en especial, la atención básica, la promoción de la salud, el control de los factores de riesgo y las acciones requeridas para mejorar los indicadores de salud."

Artículo 37. Modificatorio del artículo 43 de la Ley 715. Adicionar el Numeral 43.2.2. de la ley 715 el cual quedará así: "Los departamentos y distritos financiarán, con los recursos asignados por concepto de participaciones y rentas cedidas y de destinación específica para salud, así como con los recursos propios que asignen, el desarrollo de la red hospitalaria pública para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo; y la

ejecución de un plan de salud que integre programas de salud pública, control de factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio."

Artículo 38. Modificatorio del artículo 47 de la Ley 715. El artículo 47 de la Ley 715 quedará así:

"ARTÍCULO 47. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán a la atención primaria en salud y a los programas de salud pública, excepto los recursos destinados a los departamentos."

Artículo 39. Fondo Departamental y Distrital de Salud. Los departamentos y distritos integrarán en el fondo departamental o distrital de salud los recursos que les asignen por diversas fuentes, las rentas cedidas, las contribuciones y transferencias provenientes de las primas del SOAT y los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación Familiar en su territorio, que hayan destinado hasta la fecha anualmente al régimen subsidiado en salud para los mismos fines de financiación establecidos en el artículo 43.3.2. de la Ley 715.

Las Instituciones de Salud del Estado que prestan servicios de mediana y alta complejidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 31, recibirán recursos para garantizar su funcionamiento por parte de los respectivos fondos Departamentales y Distritales de Salud en proporción inversa a la baja facturación de servicios prestados por razones de dispersión poblacional.

Artículo 40. Recursos complementarios para financiación de servicios de mediana y alta complejidad. El artículo 50 de la Ley 715 quedará así: "ARTÍCULO 50. RECURSOS COMPLEMENTARIOS PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD. Los recursos de cofinanciación de la Nación destinados a la atención en salud deberán distribuirse a los fondos regionales de acuerdo con las necesidades de cofinanciación para complementar los aportes per cápita necesarios para las intervenciones de mediana y alta complejidad en Salud de la totalidad de la población de la región.

Anualmente la nación establecerá el per cápita para el aseguramiento social en salud para los servicios de mediana y alta complejidad de los fondos regionales para la vigencia siguiente, lo cual deberá reflejarse en la apropiación presentada en el proyecto de Ley de presupuesto."

Artículo 41. Nivel Regional. La agrupación de los departamentos y distritos se efectuará adecuando al sector las Regiones utilizadas por el DNP para el Sistema de Regalías de forma que, al interior de las mismas, se logre el mayor nivel de autosuficiencia en la prestación de los servicios en red que no logra cada departamento aisladamente y se incentive un sano desarrollo de la oferta de servicios en salud a través de las redes integrales e integradas para garantizar el derecho fundamental de la salud de todos los habitantes. No obstante, podrán hacerse agrupaciones diferentes de los departamentos y distritos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, si fuere necesario, cuando la integración de tales entidades tenga un mayor impacto o genere mayor equidad.

Artículo 42. Fondo Regional de Salud. El Nivel Regional contará con un Fondo Regional Salud donde se ubicarán presupuestalmente los recursos que se le asignen por parte de la Administradora de Recursos de Salud - ADRES y formarán parte del sistema de cuentas del Fondo Único Público de Salud.

Los recursos de los Fondos Regionales de Salud, están constituidos por los recursos asignados por la ADRES, provenientes de la Cuenta Prestaciones Económicas en Salud y la Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE), según corresponda, sin situación de fondos y serán administrados por un Consejo Administrador de Salud.

Los fondos regionales de salud, están constituidos por los recursos asignados por la ADRES, provenientes de la cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE) y serán administrados por un Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud integrado por representantes de los empleadores, los trabajadores y el sector público en cada región.

Los recursos de carácter parafiscal no harán parte del presupuesto nacional ni de los territoriales y comprenden los aportes de cotizaciones obligatorias a la salud provenientes de empresas, trabajadores, contratistas y rentistas de capital del respectivo territorio.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un per cápita para la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes. Para garantizar la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los ciudadanos entre las regiones, las cotizaciones obligatorias al Sistema de Salud, financiarán el valor per cápita de la totalidad de los residentes en el pais mediante un mecanismo redistributivo de mancomunación de recursos, los cuales se complementarán en la cuantía necesaria con los recursos del Presupuesto General de la Nación a fin de garantizar la plena cobertura de la seguridad social pública y universal.

Artículo 43. Consejos de Administración de los Fondos Regionales de Salud. El Consejo será responsable del buen manejo de los recursos de la seguridad social en la región. Y tendrá las siguientes funciones:

1. Evaluar trimestralmente la gestión de los recursos de los Fondos Regionales de Salud en el cumplimiento de los criterios de la Función Pública de que trata el artículo 209 de la Constitución Política y el Derecho Fundamental a la Salud.

2. Enviar las evaluaciones trimestrales al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud, a las autoridades territoriales que conforman la región, a los organismos de control y a las instancias de las organizaciones de la comunidad que corresponda.

3. Recomendar los ajustes a la red de servicios de mediana y alta complejidad en la región.

4. Hacer una evaluación trimestral de los servicios prestados.

5. Evaluar la suficiencia y pertinencia de las actividades y recursos ejecutados, de los objetivos y metas alcanzadas en términos de indicadores de calidad de la prestación de servicios.

6. Garantizar los mecanismos de participación comunitaria en los procesos de planeación y evaluación de la operación de la red de servicios de cada Región.

El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud estará integrado por tres representantes de los empleadores, tres representantes de los trabajadores, dos representantes del Gobierno Nacional, delegados por los Ministerios de Salud y Protección Social y Hacienda y Crédito Público y un representante de los Gobernadores y Alcaldes Distritales de la Región.

El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud en cada región nombrará al Gerente del Fondo Regional de Salud y este a los respectivos subgerentes del Fondo Regional en cada departamento y distrito, funcionarios de libre nombramiento y remoción que deben cumplir para su posesión los requisitos que establezca el Gobierno Nacional.

El Gobierno Nacional reglamentará la forma de elección de los representantes de los empleadores y de los trabajadores.

El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud dispondrá del apoyo de una Unidad Técnica especializada en planificación y evaluación de la red integral de servicios de salud del territorio, cuyos gastos estarán a cargo del Fondo Regional de Salud.

Artículo 44. Funciones de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ejercer las funciones que garanticen el cumplimiento de las competencias en salud atribuidas a la entidad territorial en la Ley 715.

2. Recaudar los recursos constitutivos del Fondo Territorial de Salud.

3. Gestionar los recursos de las cuentas del Fondo Territorial de Salud conforme a las normas para su manejo.

4. Proponer al Consejo Territorial de Salud el Plan Territorial de Salud a cuatro (4) años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del Territorio de Salud.

5. Organizar el presupuesto para el cierre financiero del presupuesto de los hospitales de mediana y alta complejidad, uniendo las tres fuentes de financiamiento y someterlos a aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social cuando corresponda a fuentes de financiación nacionales.

6. Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las leyes 9ª de 1979 y las que le corresponda al interior del Sistema de Riesgos Laborales.

7. Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 45. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como organismos o como dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos. Las Unidades Zonales se constituirán tomando como referencia asentamientos poblacionales entre 100.000 y hasta 1.000.000 de habitantes.

Para la conformación de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, en las zonas dispersas de los Departamentos se tendrán en cuenta los criterios establecidos en el artículo 24 de la Ley 1751, caso en el cual se harán los convenios entre departamentos o entre distritos y departamentos a fin de garantizar la disponibilidad de servicios de salud en zonas especiales.

Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación contarán con profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas, para asesorar el diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia.
Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria, así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.

Artículo 46. Consejo de Planeación y Evaluación en Salud. Las Direcciones departamentales y distritales de Salud organizarán un Consejo de Planeación y Evaluación en Salud, encabezado por el director Territorial de Salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades Zonales de Planificación y Evaluación del respectivo Departamento o Distrito y delegados de las Universidades que deseen participar y que impartan programas académicos de administración en salud y/o salud pública, y delegados de la sociedad civil. Harán parte del mismo, representantes de las organizaciones de la comunidad.

Le corresponde al Consejo de Planeación y Evaluación en salud Departamental o Distrital:

1. Realizar una evaluación trimestral del funcionamiento de la red de servicios y de los sistemas de referencia y transporte de pacientes para garantizar la atención oportuna de los habitantes en las distintas zonas del respectivo territorio, sus deficiencias y fortalezas.

2. Efectuar recomendaciones para el desarrollo y adecuación sistemas de referencia y transporte de pacientes.

3. Proponer las prioridades de financiamiento e inversiones, en busca de garantizar un proceso de mejoramiento permanente de los servicios de mediana y alta complejidad para los habitantes del territorio.

4. Proponer los estándares de calidad para el funcionamiento de la Red de Servicios y los sistemas de referencia y transporte de pacientes.

5. Generar un informe trimestral del funcionamiento de la red de servicios mediante el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS y remitirlo a la autoridad territorial, al Consejo Departamental o Distrital de Salud, al Fondo Regional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social. Las bibliotecas de las universidades públicas y privadas en el Departamento o Distrito y los Centros de investigación en salud tendrán acceso a cada informe a través del Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS.

Artículo 47. Contratación y autorización de pago de servicios. El Gerente del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, será un funcionario de la ADRES, contratará los servicios de salud y demás requerimientos para el cumplimiento de su labor en el nivel regional, autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones hospitalarias y ambulatorias, públicas, privadas o mixtas, que se integren a la red de servicios del territorio, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional para el Sistema de Salud.

El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud, modulará la oferta de los servicios, buscando obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de recursos públicos del sistema de salud.

El Fondo Regional de Salud llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, la patología y otras variables de relevancia, a fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados y del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

El nivel Regional dispondrá de oficinas departamentales de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas en cada distrito y capital de departamento de la Región. Cada oficina departamental o distrital contará con una dependencia de auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud.

La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada por la Dirección Departamental o Distrital de Salud y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud a través del Sistema Único Público de Información en Salud.

El Gerente del Fondo Regional de Seguridad Social de Salud organizará un sistema contratado de auditorías independientes integrales, aleatorias, a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red de servicios en la región. Sus informes se gestionarán a través del Sistema Único Público Integrado de Información en Salud.

De encontrarse irregularidades graves en la facturación de los servicios de una institución hospitalaria o ambulatoria pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud a través del Sistema Único Público Integrado de Información en Salud, las cuales podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. En tal caso las Direcciones Territoriales deberán contratar una auditoría independiente integral a dicha institución, bajo los mismos parámetros establecidos para las auditorías integrales aleatorias a cargo de los Fondos Regionales.

La dirección del Sistema de Salud a través de la fijación de tarifas únicas y obligatorias para la prestación de servicios de salud, modulará la oferta de los servicios.

La Administradora de Recursos para la Salud -ADRES, realizará auditorías independientes sobre el manejo de los Recursos del Fondo de Seguridad en Salud y la Gerencia Regional.

Artículo 48. Aportes de solidaridad. Los aportes de solidaridad provenientes de las cotizaciones, incluidos los provenientes de regímenes especiales, deberán ser distribuidos por el Consejo de Administración del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud entre los municipios de la región para fortalecer la atención primaria, con criterios de equidad y oídas las recomendaciones de los Consejos Departamentales de Planeación y Evaluación en Salud.

Artículo 49. Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud. Los informes que se generen por parte de las instituciones y Consejos del Sistema de Salud deben ajustarse a los plazos específicos que cada uno de sus indicadores determine, el tipo de información analizada y la materia objeto de revisión y estudio, reconociendo el tipo de evaluaciones que se requieren, discriminando los componentes e indicadores.

En la ley para la asignación de recursos del Sistema de Salud, la medición de resultados debe ser anual, incluido el informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial.

La periodicidad de los informes no definidos en la presente Ley se establecerá por medio de reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando un procedimiento de rendición de cuentas por cada vigencia fiscal e información oportuna para la planificación y el acceso a la ciudadanía.

Para cumplir con su obligación de generar informes, las instancias y órganos del Sistema de Salud estarán conectados permanentemente al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que es abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.

CAPÍTULO V.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 50. Cobertura de atención del Sistema de Salud. La Atención en salud comprende la prestación de servicios y tecnologías en salud, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la atención de la enfermedad, la rehabilitación y la paliación, con excepción de los servicios y tecnologías en salud que obedezcan a los criterios legales de exclusión.

Artículo 51. Acceso a los servicios de salud. Conforme a los artículos 13 y 86 de la Constitución Política, toda persona nacional o extranjera podrá solicitar la atención en salud a las entidades prestadoras de servicios de salud. Se prohíbe la negación de prestación de servicios de salud a quien lo solicite.

A los extranjeros con residencia temporal y a los turistas, se les exigirá un seguro de salud contra el cual los Fondos Regionales de Salud puedan generar recobros por los servicios prestados.

Artículo 52. Calidad del servicio de salud. La calidad del servicio de salud es la materialización efectiva de las condiciones institucionales para el goce y disfrute del más alto nivel posible de la salud, la cual exige idoneidad profesional, disponibilidad de los recursos de atención, aceptabilidad de las intervenciones en salud, accesibilidad sin barreras de acceso a los servicios bajo los principios de equidad, solidaridad, universalidad, oportunidad, integralidad y humanización. La calidad es una garantía de la atención en salud de todas las personas.

Las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las instituciones de prestación de servicios seguirán vigentes. Así mismo el Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de garantía de la calidad de las Redes Integradas e Integrales de servicios de salud.

Artículo 53. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y forman parte integrante del Sistema de Salud

Artículo 54. Entidades Promotoras de Salud. Las entidades promotoras de salud que cumplan las disposiciones técnicas que establece está ley y las normas de inspección, vigilancia y control podrán ejercer las siguientes actividades entre otras:

1. Crear y administrar Centros de Atención Primaria en Salud de los territorios asignados después de la territorialización dispuesta en esta ley.

2. Administrar los sistemas de referencia y contrarreferencia de las personas vinculadas a sus Centros de Atención Primaria en Salud.

3. Realizar o ejecutar las auditorías contratadas que requiera el Sistema de Salud.

CAPITULO VI.

INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO – ISE

Artículo 55. Naturaleza. La prestación de servicios de salud por la Nación y por las entidades territoriales tendrán carácter social, se hará a través de Instituciones de Salud del Estado– ISE hospitalarias o ambulatorias, constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.

Artículo 56. Objeto. El objeto de las Instituciones de Salud del Estado -ISE, será la prestación de servicios de salud como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Parágrafo. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.

Artículo 57. Tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado – ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE, se agruparán por niveles de baja, mediana y alta complejidad, y operarán en redes integrales e integradas de Servicios de Salud en los términos definidos en la presente ley.

Para determinar las tipologías y niveles de las Instituciones de Salud del Estado – ISE, se deberán tener en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:

1. La relación geográfica entendida como la cercanía al lugar de residencia y los entornos de la población.

2. La caracterización epidemiológica de la población.

3. Los lineamientos de política de oferta de servicios específicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las estimaciones de demanda de requerimientos de la población.

4. El portafolio de servicios de salud.

5. El personal sanitario requerido.

6. Los costos de funcionamiento e inversión.

El Gobierno Nacional reglamentará las tipologías y niveles de complejidad y clasificará las Instituciones de Salud del Estado ISE de acuerdo con este reglamento. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las metas e indicadores de capacidad instalada, disponibilidad de servicios de salud, resultados de desempeño institucional y resultados y desenlaces en salud a ser cumplidas, por cada tipología institucional y de servicios de salud.

Los Departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar Instituciones de salud del estado ISE subregionales, creadas por ordenanza o acuerdo municipal, de acuerdo con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizadas en red integral. Los departamentos que en la actualidad tienen hospitales públicos configuradas en red, creadas por ordenanzas, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el Sistema de redes integradas e integrales de prestación de servicios.

La creación de Instituciones de Salud del Estado, ISE se hará previa evaluación de la necesidad de creación de nueva oferta de servicios, según los parámetros que al efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 58. Régimen jurídico. Las Instituciones de Salud del Estado – ISE, se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión " Instituciones de Salud del Estado – ISE".
2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5º del Decreto 111 de 1996 a cuyo efecto las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas en esta materia a las Instituciones de Salud del Estado.
3. Podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las entidades territoriales.
4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

Artículo 59. Presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se elaborará teniendo en cuenta:

1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado – ISE.
2. El portafolio de servicios de acuerdo con la tipología y nivel.
3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.
4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda.
5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE, y los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) se regirán por presupuestos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios de salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En ningún caso la Administradora de Recursos para la Salud ADRES, o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 60. Aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado de Mediana y Alta Complejidad. Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se deberá adelantar el siguiente trámite:

1. En el mes de julio de cada vigencia el director presentará la propuesta de presupuesto al Consejo Directivo de la entidad para su validación, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. El presupuesto validado deberá ser remitido a la Dirección de Salud respectiva quien deberá dar concepto técnico sobre la propuesta de presupuesto y los supuestos utilizados para su elaboración.

3. De acuerdo con la Dirección de Salud Territorial se estructurará un presupuesto integral, que garantice el cierre financiero del presupuesto anual integrando los recursos de venta de servicios con los recursos departamentales y nacionales que cofinanciarán dicho presupuesto.

4. Cuando se trate de cofinanciación del presupuesto de la Institución de Salud del Estado -ISE por parte del nivel Nacional se examinará su coherencia financiera previo análisis de conveniencia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de conformidad con las normas presupuestarias.

5. Una vez aprobado, será remitido al director de la Institución de Salud del Estado – ISE para su ejecución.

Parágrafo. Las Instituciones de Salud del Estado de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Artículo 61. Giro de los recursos. Los recursos que financian el presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado– ISE para financiar los servicios de salud, distintos de la venta de servicios a los Fondos Regionales, serán girados por el Adres y los fondos departamentales de salud, según corresponda. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado– ISE darán prelación a los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a la misma y demás gastos de personal.

Artículo 62. Operación en redes integrales e integradas. Para que las Instituciones de Salud del Estado - ISE operen en redes integrales e integradas, contarán con el acompañamiento, apoyo y monitoreo del Consejo de Planeación y Evaluación en Salud Departamental o Distrital de las redes integrales e integradas, con la participación del Departamento o Distrito y del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 63. Régimen de contratación. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE en materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, según la conveniencia y las exigencias del servicio, mecanismos de compras coordinadas y/o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir los precios de los mismos y facilitar el acceso de la población a estos. El Ministerio de Salud y Protección social, coordinará con Colombia compra Eficiente la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado del nivel territorial.

Las compras de los insumos, dispositivos, tecnologías y medicamentos de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) de naturaleza pública, se realizarán a través de los hospitales de servicios de mediana o alta complejidad de los territorios que corresponda, o mediante asociaciones entre las instituciones públicas de salud. Las compras conjuntas deben ser mayoritarias, según los parámetros que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 64. Órganos de dirección y administración. La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director.

Artículo 65. - Integración del Consejo Directivo. El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado-ISE de orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

1. El jefe de la administración departamental, distrital o municipal, o su delegado, quien la presidirá.

2. El Secretario de Salud o Director de Salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.

3. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.

4. Dos (2) representantes profesionales de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.

Parágrafo 1°. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de los Consejos Directivos de las Instituciones de Salud del Estado - ISE en más de dos ocasiones.

Parágrafo 2°. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso cuando se trate de aprobar el presupuesto de la Institución de Salud del Estado - ISE, se requiere del voto favorable del presidente del Consejo Directivo.

Parágrafo 3°. Servidores públicos miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado- ISE. Los servidores públicos que sean miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, lo serán por derecho propio mientras ejerzan sus cargos.

Parágrafo 4°. Calidad de los miembros del Consejo Directivo. Los particulares miembros de los Consejos Directivos o asesores de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, aunque ejercen funciones públicas no adquieren por ese sólo hecho la calidad de empleados públicos. Su responsabilidad, lo mismo que sus incompatibilidades e inhabilidades, se regirán por las leyes de la materia, entendiendo que se hacen extensivas a las Instituciones Hospitalarias Estatales – ISE, las que correspondían a las Empresas Sociales del estado.

Artículo 66. Requisitos para el cargo de director de Instituciones de Salud del Estado-ISE. Para el desempeño del cargo de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se deberán acreditar los siguientes requisitos:

1. Director de Institución de Salud del Estado - ISE de baja complejidad. Para el desempeño del cargo de director de Institución de Salud del Estado – ISE de servicios de baja complejidad en salud, se exigirán los siguientes requisitos, establecidos de acuerdo con la categorización de los departamentos y municipios regulada por la Ley 617 y la ley 136 de 1994, y demás normas que la modifiquen o adicionen.

2. Para la categoría especial y primera se exigirá como requisitos, título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud, economía y administración; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud o afines a las anteriores; y experiencia profesional de dos (2) años en el sector salud.

3. Para la categoría segunda se exigirá como requisitos, título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud, economía y administración; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud o afines a las anteriores; y experiencia profesional de un (1) año en el sector salud.

4. Para las categorías tercera, cuarta, quinta y sexta se exigirá como requisitos, título profesional en el área de la salud y experiencia profesional de un (1) año, en el sector salud.

5. Director de Institución de Salud del Estado - ISE de servicios de salud de mediana complejidad. Los requisitos que se deberán acreditar para ocupar este cargo son: Título profesional en áreas de la salud, económicas o administrativas; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud u otro en el área de la administración en salud; y experiencia profesional de tres (3) años en el sector salud de los cuales dos (2) años deben corresponden a empleos gerenciales de prestación de servicios de salud.

6. Director de Institución de Salud del Estado -ISE de servicios de salud de alta complejidad. Los requisitos que se deberán acreditar para el desempeño de este cargo son: Título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud y título de posgrado en economía, administración o afines; o Título profesional en el área de conocimiento de ciencias económicas o administrativas, y título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria o administración en salud. Y experiencia profesional de cuatro (4) años en el sector salud de los cuales tres (3) años deben corresponder a empleos gerenciales de prestación de servicios de salud.

7. El empleo de director de Institución de Salud del Estado - ISE será de dedicación exclusiva y de disponibilidad permanente; el título de postgrado, no podrá ser compensado por experiencia de cualquier naturaleza.

Artículo 67. Provisión del empleo de director. La provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se efectuará por la respectiva autoridad nominadora, dentro de los tres (3) meses siguientes al inicio del período del respectivo alcalde municipal o distrital o gobernador, para un período institucional de cuatro (4) años, previa verificación del cumplimiento de requisitos y calidades establecidos en la presente ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social consolidará periódicamente una lista de aspirantes en orden alfabético de acuerdo con el reporte que le remitan las Instituciones de Educación Superior y el Departamento Administrativo de la Función Pública respecto de los aspirantes que acreditan haber realizado el curso de Administración Hospitalaria y la prueba de competencias, respectivamente. La periodicidad de las pruebas y los parámetros requeridos para las pruebas, serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La lista de aspirantes al empleo de director de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, tendrá una vigencia de cinco (5) años.

Se determinará un nivel o puntaje mínimo para dirigir instituciones de baja, mediana y alta complejidad. Las entidades territoriales no podrán nombrar directores que no certifiquen haber obtenido en los últimos cinco años el nivel mínimo requerido para la institución respectiva, según su complejidad.

Los Cursos de Administración Hospitalaria válidos para el proceso de provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, serán los impartidos por las instituciones de Educación Superior que cumplan con los requisitos y lineamientos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 68. Educación continua y actualización en administración hospitalaria. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, privadas y mixtas deberán realizar un curso de actualización en Administración Hospitalaria cuando cumplan dos (2) años de servicio continuos o discontinuos en el cargo.

Los eventos académicos de educación continuada y actualización en Administración Hospitalaria serán diseñados teniendo en cuenta los avances en la ciencia de la administración pública, la reingeniería del gobierno, la calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud centrados en las personas y las comunidades, así como la responsabilidad en el manejo técnico misional, presupuestal y financiero de la entidad, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección. Serán financiados por la respectiva Institución Sanitaria, ya sea pública, privada o mixta.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Escuela Superior de Administración Pública, convendrá y estructurará los planes y programas de formación, asistencia técnica y capacitación, para el desarrollo de las capacidades institucionales que exija la implementación del Sistema de Salud.

Artículo 69. Causales especiales de retiro del director. Serán causales especiales de retiro del director la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exijan o por evaluación insatisfactoria de acuerdo al procedimiento que determina la ley 1438 que se entenderá aplicable en reemplazo de las Empresas Sociales del Estado a las Instituciones de Salud del Estado-ISE de que trata la presente Ley y demás normas que la modifiquen o sustituyan.

Artículo 70. Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se deberá seguir el siguiente procedimiento:

1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE deberá presentar al Consejo Directivo el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. El Consejo Directivo de la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

3. El director podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

4. En caso de que el Consejo Directivo no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director se entenderá aprobado.

Artículo 71. Evaluación del plan de gestión del director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial deberá presentar al Consejo Directivo un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. El Consejo Directivo deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo del Consejo Directivo, debidamente motivado, el cual se notificará al director quien podrá interponer recurso de reposición ante el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

4. La decisión del Consejo Directivo tendrá recurso de reposición ante el mismo Consejo Directivo y de apelación en el efecto suspensivo, ante el director Territorial de Salud. Para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

5. Si el resultado en firme de la evaluación fuera insatisfactorio será causal obligada para el nominador de retiro del servicio del director, para lo cual el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firmeza del acto administrativo, deberá solicitar al nominador la remoción del director, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra el cual procederán los recursos de ley.

6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión por parte del director de la Institución de Salud del Estado - ISE dentro de los plazos señalados, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Artículo 72. Régimen Laboral. Para todos los efectos legales, los servidores públicos con funciones de dirección, conducción, orientación y asesoría institucional cuyo ejercicio implica la adopción de políticas o directrices o los de confianza que estén al servicio del director general de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, se clasifican como empleados públicos de libre nombramiento y remoción.

Los servidores públicos que tengan la calidad de empleados públicos se vincularán mediante nombramiento del director general y su régimen legal será el establecido por la Ley 909 de 2004 y las normas pertinentes y complementarias, propias de tales empleados en lo que no riña con la presente ley.

Los demás servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE y de las Instituciones mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, serán de régimen especial, quienes tendrán el carácter de trabajadores estatales de la salud y estarán sometidos al régimen laboral propio establecido en la presente ley.

Son normas especiales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, las siguientes:

1. Los trabajadores estatales de la salud serán vinculados mediante contratos de trabajo suscritos por el director, por término definido o indefinido, por obra o labor y se regirán por lo dispuesto en la presente ley, lo pactado en el contrato de trabajo y en el reglamento interno. La vinculación se realizará previa verificación del cumplimiento de los requisitos de formación académica y experiencia previstos para cada denominación del cargo y la evaluación de las competencias, de lo cual se dejará evidencia.

2. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado - ISE, señalará el número de trabajadores estatales de la salud requerido para la prestación de servicios, de acuerdo con las tipologías de institución prestadora de servicios de salud que determine el gobierno nacional.

3. En materia de la jornada laboral, los trabajadores estatales de la salud de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 o por las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan; el Consejo Directivo señalará la manera como se dará cumplimiento a la jornada laboral en donde se tendrá en cuenta la naturaleza del cargo o actividad, la intensidad horaria y su cumplimiento por áreas de servicio.

4. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes y con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de 1992; la de los trabajadores estatales de la salud la fijará el Consejo Directivo de la respectiva institución, para lo cual tendrá en cuenta los parámetros que para su efecto fije el Gobierno Nacional.

5. A los trabajadores estatales de la salud se les aplicará las previsiones que en materia de negociación colectiva aplica a los empleados públicos de la rama ejecutiva nacional, para lo cual deberá observarse lo dispuesto por el artículo 9 de la Ley 4 de 1992 y demás normas pertinentes.

6. En lo relacionado con la administración del personal, a los trabajadores estatales de la salud les serán aplicables en lo pertinente las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968 y las demás normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan.

7. El retiro para los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se dará por las causales legales señaladas por la Ley 909 de 2004; para los trabajadores estatales de la salud lo serán por las mismas causas, por la terminación de la obra o labor o el cumplimiento del término pactado o por razones disciplinarias, y en caso de supresión del cargo se indemnizarán aplicando la tabla establecida en la Ley 909 de 2004 o en las normas que la modifiquen o sustituyan.

8. Los servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE estarán sometidos al régimen disciplinario único fijado por la Ley 1952 y las normas que la modifiquen o complementen.

Artículo 73. Derechos de permanencia de los servidores. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial al momento de entrada en vigencia de la presente ley conservarán el carácter de su vinculación hasta su incorporación como trabajadores estatales de la salud en las Instituciones de Salud del Estado-ISE, momento en el cual continuarán laborando, sin solución de continuidad y sin que en ningún momento se desmejoren sus condiciones laborales.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales al momento de expedición de la presente ley, conservarán esta vinculación, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los mismos y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE.

Para todos los efectos legales, el tiempo de servicio de los empleados vinculados mediante relación legal y reglamentaria, así como los empleados públicos que sean incorporados automáticamente a la nueva planta de personal y su relación sea ajustada al nuevo régimen, se computará para todos los efectos legales, con el tiempo servido en la Empresa Social del Estado, sin solución de continuidad.

Parágrafo 1. Los procesos de selección que se encuentren en curso a la entrada de vigencia de la presente ley, para proveer empleos de carrera de los empleados de las Instituciones de Salud del Estado -ISE culminarán, pero el uso de las listas de elegibles resultantes se entenderá que serán usadas bajo el nuevo régimen y por tanto no se usarán para proveer empleos de carrera administrativa sino excepcionalmente y por una vez, para los contratos de trabajo de régimen especial de que trata la presente Ley y según las necesidades del servicio y su sostenibilidad financiera.

Parágrafo 2. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE.

Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado-ISE respetarán los derechos adquiridos por los trabajadores estatales de la salud en materia salarial y prestacional; derivados de la ley, los acuerdos laborales o la convención colectiva de trabajo. En todo caso no podrá haber desmejoramiento de las condiciones laborales.

Parágrafo 4. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de estímulos para los trabajadores estatales de la salud que laboren en regiones dispersas y de difícil acceso.

Artículo 74. Sistema de Control Interno. Las Instituciones de Salud del Estado–ISE establecerán y aplicarán un sistema de control interno en los términos establecidos en la Constitución Política, en la Ley 87 de 1993, sus normas complementarias y las que defina el Consejo Directivo para su adecuado funcionamiento.
La designación del Jefe de la Oficina de Control Interno se hará de conformidad con lo señalado por las Leyes 87 y 1474 y demás disposiciones que le modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 75. Entidad de Salud del Estado Itinerante - Hospital Itinerante. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, con densidad de población vulnerable y de difícil acceso operará la Entidad de Salud del Estado Itinerante bajo la figura de Hospital Itinerante, que presta atención básica y especializada; operará con el soporte logístico de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional y de las Patrullas Aéreas Colombianas.

Los hospitales itinerantes, serán financiados por fondos provenientes de los fondos territoriales de salud y recursos del Fondo Nacional de Regalías; su programación estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección social y se hará trimestralmente para garantizar la cobertura y seguimiento periódico de sus actividades en todo el territorio nacional.

Parágrafo. La participación de la sociedad civil en el Hospital Itinerante a través de los pilotos privados que integran las Patrullas Aéreas será reconocida por el Estado colombiano mediante exención de parte de los impuestos correspondientes a cada aeronave inscrita que participe activamente en el programa.

CAPÍTULO VII.

REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD-RIISS

Artículo 76. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud-RIISS. La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud – RIISS, entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar atención sanitaria con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales deberán presentar resultados clínicos por el estado de salud de la población a la que sirve.

Los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación se dispensarán por las Redes integradas e integrales con la suficiencia técnica y administrativa necesarias.

Las instituciones que conforman las redes integrales e integradas están obligadas a informar continuamente y en tiempo real su actividad a través del Sistema Público Único de Información en Salud – SPUIS y rendir periódicamente cuentas al Estado y a la sociedad, en el marco de los principios del Sistema de Salud.

Las redes integrales e integradas de servicios son:

1. Redes de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS.
2. Redes de servicios especializados ambulatorios.
3. Redes de servicios de hospitalización, incluye hospitalización domiciliaria.
4. Redes de urgencias médicas y odontológicas.
5. Redes de rehabilitación.
6. Redes de laboratorios.
7. Redes integrales de apoyo en materia de vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de tecnologías en salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares y mecanismos para la conformación de las redes integradas e integrales de servicios en los territorios de salud, dando prioridad a la red hospitalaria pública como eje articulador de las mismas en los territorios de salud que se definan. La participación en las redes por parte de las entidades privadas será voluntaria.

Parágrafo 2. La reglamentación técnica y operativa de los sistemas de tecnología de la información y la comunicación, corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social.

La telemedicina, como todo acto médico, se ejerce con plena autonomía médica, con criterio médicocientífico y ético para la toma de decisiones de acuerdo al estado del arte, según la distribución geográfica, las condiciones de dispersión y ruralidad de las poblaciones a atender, las limitaciones locales de infraestructura y del personal sanitario para la atención con calidad. Se debe proveer el acceso a las tecnologías de información y comunicación por medios virtuales para garantizar el diagnóstico y el tratamiento pertinente y oportuno, así como el seguimiento a distancia de la evolución clínica.

Artículo 77. Adscripción de entidades sanitarias privadas y mixtas a las redes integradas e integrales de servicios. Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrán formar parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud para garantizar el derecho fundamental de la salud, en los términos establecidos por la Ley 1751, en especial en su capítulo II y acorde a lo dispuesto en la presente ley. Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen tarifario único, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información.

Los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) se organizarán con instituciones públicas, privadas y mixtas. Las instituciones privadas y mixtas podrán contratarse para ofrecer los servicios de atención básica en salud dentro de las Redes integrales e integradas de servicios de salud.

Artículo 78. Criterios determinantes de las redes integradas e integrales de servicios de salud - RIISS. El Ministerio de salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las RIISS, con fundamento en los siguientes parámetros:

1. Modelo asistencial. El Modelo asistencial establece la forma como se planifican, organizan y prestan servicios de salud en un territorio poblacional. Los servicios deben ser integrales, oportunos, coordinados, suficientes, eficientes y centrados en la persona, la familia y la comunidad.

2. Gobernanza y estrategia. La gobernanza y estrategia abordan la conformación de una forma de gobierno de las Redes Integradas e Integrales, de tipo corporativo, que puede tener diversos órganos coordinados y alineados, con amplia participación social y comprometidos activamente en la intervención sobre determinantes de la salud existentes en el territorio.

3. Organización y gestión. La organización y gestión, determina la coordinación y alineación de todos los recursos disponibles en las Redes, buscando que sean suficientes y estén en las mejores condiciones para adelantar una gestión basada en resultados que son captados por el Sistema Público Único Integral de Información en Salud - SPUIIS.

4. Sistema de asignación e incentivos. El sistema de incentivos estructura el financiamiento requerido y la asignación de los recursos para que contribuyan con la mayor coordinación posible de los servicios de salud y con las metas globales de las Redes.

Artículo 79. Organización y Conformación de las Redes Integradas e integrales de Servicios de Salud - RIISS. Las entidades departamentales y distritales según corresponda, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, organizarán y conformarán las redes integradas e integrales de servicios de salud incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos. Los Criterios determinantes de las redes integradas e integrales de servicios de salud, serán la guía para la organización y conformación de las redes. Las RIISS se deberán registrar en el aplicativo que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los requisitos y condiciones para su organización y conformación los definirá el Ministerio de Salud y Protección Social.

Todas las instituciones estatales sanitarias de alta complejidad, se habilitarán como hospitales universitarios en un plazo no mayor de dos años a partir de la vigencia de esta Ley.

Artículo 80. Prestación de servicios médicos asistenciales. La prestación de servicios médicos asistenciales a los ciudadanos incluye la baja, mediana y alta complejidad, ambulatoria y hospitalaria, con todos sus servicios de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, de rehabilitación y paliación, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por el Ministerio de Educación Nacional.

La prestación de servicios médicos asistenciales incluye los servicios de atención prehospitalaria, de urgencias, el transporte de pacientes y los servicios farmacéuticos, orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud.

Artículo 81. Servicios Farmacéuticos. Las instituciones que dispensen medicamentos en el Sistema de Salud deberán habilitar dicho servicio, de acuerdo con la normatividad que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, elaborará la política farmacéutica nacional en los términos dispuestos en la Ley 1751. El Ministerio de Industria y Comercio participará en la formulación de la política en lo de su competencia.

Artículo 82. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, el que podrá integrarse con otros servicios de emergencia como los cuerpos de bomberos o la Cruz Roja. Así mismo, les corresponde la coordinación de la red de urgencias y de los servicios de atención básica domiciliaria a personas con limitación de la movilidad y a las personas sin hogar o en precaria condición social.

Artículo 83. Adscripción de la población para atención primaria. Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en función de su lugar de residencia.

Las personas podrán solicitar temporalmente la atención primaria en un sitio diferente al lugar permanente de residencia. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia, debe registrarse en el Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud del respectivo municipio, barrio o sector donde tenga su nueva residencia.

Artículo 84. Implementación de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud garantizarán mediante la conformación y el desarrollo de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud los servicios básicos de salud, los servicios de apoyo diagnóstico, programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio, así como la referencia de pacientes hacia servicios de mediana o alta complejidad. Los Centros estarán habilitados con capacidad de cuidado de la salud y prevención de la enfermedad al grupo poblacional de su cobertura y la solución inmediata de sus requerimientos de atención básica y de las solicitudes de referencia y contrarreferencia a la red de mediana y alta complejidad.

En los centros urbanos, cada Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (CAPIRS) cubrirá como máximo 25.000 habitantes para garantizar la capacidad de cuidado de la salud y prevención de la enfermedad de dicho grupo poblacional y la solución inmediata de sus requerimientos de atención básica y solicitudes de referencia y contrarreferencia a las redes de mediana y alta complejidad, esto es, sin hacinamiento ni tiempos mayores a veinticuatro horas. Cada Centro deberá contar con una planta física adecuada y los correspondientes servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. En centros urbanos con alta densidad poblacional los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico podrán estar al servicio del número de centros de atención primaria que permita la satisfacción del derecho fundamental a la salud. En los municipios donde solamente exista una Institución de Salud del Estado le corresponderá actuar como CAPIRS en los términos que establezca el reglamento. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los parámetros técnicos sobre estas materias.

Los municipios y distritos definirán la ubicación y responsabilidad poblacional de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en el ámbito de su jurisdicción o en la que se acuerde por vía asociativa entre dos o más entidades territoriales, ubicarán la sede y nombrarán al director del Centro y su equipo profesional y técnico, condición necesaria para asignar el presupuesto de Atención Primaria de un grupo poblacional. A tal efecto el Ministerio de Salud y Protección Social fijará los parámetros técnicos, administrativos y financieros para la estructuración de los CAPIRS.

Los Centros serán sede de los programas y equipos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social con la población asignada. Igualmente, serán el punto de origen obligatorio de las órdenes de referencia para la atención de la población asignada hacia la red hospitalaria y especializada de mediana y alta complejidad. Los servicios básicos deberán ser integrados progresivamente a la locación física del Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, pero podrán disponerse inicialmente en las cercanías o incluso podrán contratarse algunos temporalmente, mientras se desarrolla la infraestructura propia.

Los centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud serán responsables de consolidar la información del total de la población a su cargo, en términos demográficos y de estado de salud, para planificar los servicios básicos y las acciones de promoción y prevención. Serán igualmente responsables de la vigilancia epidemiológica sobre la población adscrita al respectivo centro.

Los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud deberán contar con un equipo técnico para la referencia de pacientes a la red de mediana y alta complejidad, apoyado en el Sistema Público Único de Información Integral en Salud – SPUIIS y en modernos sistemas de comunicaciones para lograr el agenciamiento de las necesidades de su población adscrita con el apoyo de los centros departamentales y distritales de referencia de pacientes.

El director territorial de salud o su delegado integrará y presidirá un Consejo de Participación y Seguimiento de la operación de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, conformado por siete (7) miembros, de los cuales cuatro (4) serán designados por las organizaciones sociales y dos (2) por personal de la salud que labore en dichos centros. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos de conformación, integración y funcionamiento de los mismos.

Las Redes Integradas e integrales de Servicios de Salud de cada departamento y distrito para la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS, conformarán equipos multidisciplinarios de salud, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud, adecuados a las necesidades y requerimientos de la población, los cuales tendrán entre otras, las siguientes funciones:

1. Realizar el diagnóstico familiar y comunitario, de acuerdo con la ficha unificada que se defina para tal fin.
2. Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo y etnia.
3. Informar sobre los servicios en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios.
4. Promover la identificación plena de las familias, para que puedan acceder a los servicios de salud.
5. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
6. Facilitar la prestación de los servicios de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.
7. Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.
8. Realizar las acciones necesarias para que los integrantes de la familia, reciban la atención requerida en la RIISS, coordinando las actividades pertinentes y realizando el seguimiento respectivo.

Lo anterior conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 85. Gestión de los servicios. Las remisiones para la prestación de servicios en su integridad estarán a cargo de las instituciones del Sistema de Salud sin trasladar en ningún caso la carga de los mismos a los pacientes y sus familiares. El acceso a los servicios será expedito y primará el derecho fundamental a la salud respecto de cualquier formalidad o trámite administrativo.

Artículo 86. Sistema de referencia y contrarreferencia. La referencia de pacientes consiste en programar y efectuar su traslado entre Instituciones de Salud del Estado–ISE, públicas y mixtas de distinto nivel de complejidad en función de su necesidad de atención y de la capacidad resolutiva de las instituciones. Una referencia queda resuelta cuando se programa, se remite al paciente ambulatoriamente -o en condición de urgencias u hospitalizado en medio de transporte adecuado, medicalizado y seguro-, y se obtiene la atención solicitada, ambulatoria u hospitalaria, solicitada por su médico tratante desde la institución remisora. Contrarreferencia es el retorno informado sobre la continuación de los cuidados en su centro de atención primaria y su vivienda.

Cuando el paciente opte por recibir servicios médicos básicos distintos a los suministrados por su Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, asignado según su lugar de residencia, y requiera de parte del Sistema de Salud servicios de mayor complejidad, deberá tramitarlos desde el Centro de Atención Primaria que le corresponda por su lugar de residencia.

Artículo 87. Proceso Interinstitucional. Para garantizar la accesibilidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios será un proceso interinstitucional. A tal efecto, se observarán las siguientes instancias:

1. Cada Institución de salud, sin importar su naturaleza, deberá mantener en funcionamiento permanente una dependencia, sección u oficina de Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe ser orientada por estas instancias, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contrarreferencia debe ser igualmente dirigida por estas instancias.

2. En el ámbito territorial, se constituirán dependencias técnicas denominadas Coordinaciones Departamentales, Regionales y Nacional de la Red de Servicios. Los distritos y municipios mayores a 100.000 habitantes podrán crear una o varias instancias de Coordinación del Sistema de referencia y contrarreferencia con denominaciones análogas.

3. Cada Región tendrá una dependencia de Coordinación Regional de la Red de Servicios, dependiente del Fondo Regional de Salud, para facilitar las referencias de pacientes necesarias hacia instituciones de alta complejidad en otro departamento de la misma región.

4. A nivel Nacional se conformará una Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales para suplir las necesidades de atención que superen los límites regionales, con el fin de coordinar la referencia de pacientes que necesiten tratamientos en instituciones especiales que no estén disponibles en el ámbito regional.

Artículo 88. Funcionamiento de la Coordinación Departamental o Distrital de las Redes. La Coordinación Departamental o Distrital de las Redes de servicios de salud estará conformada por la instancia institucional y el equipo humano técnico y de comunicaciones, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública.

Corresponde a las coordinaciones departamentales o distritales de las Redes de Servicios de Salud:

1. Responder a los requerimientos de los Centros de Atención primaria Integral Resolutiva en Salud.

2. Administrar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia según lo dispuesto en la presente Ley.

3. Mantener permanente comunicación con las instituciones que prestan los servicios de mediana y alta complejidad y conforman la red de servicios de salud en el departamento, para organizar y garantizar la atención oportuna.

4. Ofrecer a las instituciones de las Redes de Servicios de Salud comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región.

5. Disponer de una plataforma tecnológica que brinde soporte ininterrumpido para garantizar la intercomunicación entre las diferentes Instituciones de Salud del Estado–ISE, privadas y mixtas que hagan parte de la red.

6. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo de Planeación y Evaluación de la Red de Servicios, al Consejo departamental de Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

Parágrafo. En los departamentos del país donde no exista el talento humano con los requisitos aquí establecidos, en todo caso se exigirá que la coordinación de la referencia y contrarreferencia sea asumida por un médico con entrenamiento específico para tal efecto, según los parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 89. Plataforma tecnológica de la red de prestación de servicios. La plataforma tecnológica de la red de prestación de servicios tendrá las siguientes especificaciones:

1. Dispondrá de módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia.

2. Estará conectada al Sistema Único Público de Información Integral en Salud y será parte del mismo.

3. Mantendrá la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica.

4. Poseerá la capacidad de generar datos que sirvan para la elaboración de reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral para la Administración Departamental, la Dirección Regional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Contará con tecnologías de última generación e inteligencia artificial que actualizan automáticamente y de manera continua la información para ser entregada en tiempo real al Sistema de Salud y conforme a las exigencias del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 90. Funcionamiento de la Coordinación Regional de las Redes. La instancia de Coordinación Regional de las Redes de Servicios de Salud, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad.

Tendrá permanente y continua comunicación con las coordinaciones departamentales de las Redes de Servicios para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como con las direcciones médicas de las instituciones sanitarias públicas, privadas y mixtas de atención hospitalaria o ambulatoria que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los usuarios de salud.

Dispondrá de una plataforma tecnológica con funcionamiento permanente que hace parte del Sistema Único Público de Información Integral en Salud para garantizar la comunicación entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que conforman las redes. La plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia.

La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica. Debe tener la capacidad de generar datos que permitan elaborar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

Artículo 91. Evaluación de la Prestación de Servicios de las Redes. Cada Coordinación Territorial de las Redes de Servicios de Salud generará un informe semestral de evaluación de las mismas que será presentado ante la autoridad territorial de salud, los cuerpos colegiados del respectivo territorio y el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado al componente de calidad que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) en sus términos y condiciones. Los informes deberán estar disponibles con dos semanas de anticipación para que los representantes de la comunidad estén debidamente informados antes de participar en el proceso de evaluación.

La evaluación de la prestación de los servicios de las redes se hará de forma periódica pero constante en cada región y departamento, teniendo en cuenta los siguientes atributos:

1. Conformación y desarrollo de las redes y de las instituciones sanitarias que hacen parte de esta.
2. Equidad en la distribución de la oferta a las distintas poblaciones del territorio.
3. Capacidad instalada de las redes de servicios y adecuación de la oferta a la demanda de servicios.
4. Operación y capacidad resolutiva del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
5. Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios a las redes prestadoras de servicios de salud.
6. Evaluación de los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC):

accesibilidad, oportunidad, pertinencia, suficiencia y continuidad, además del principio de contigüidad propio las rutas integrales de atención.

7. Evaluación de indicadores de gestión, de cumplimiento e impacto de las redes en la prestación de servicios de salud.

CAPÍTULO VIII.

MODELO DE ATENCIÓN

Artículo 92. Bienes y servicios de salud. Los bienes y servicios para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud se diferenciarán en lo pertinente según género, especificidad cultural y étnica, ciclo vital, situación de discapacidad o vulnerabilidad y se complementan según las necesidades de las personas, familias y comunidades.

La oferta de servicios de salud será planificada y oportuna y deberá desarrollar los servicios móviles de oferta activa que sean necesarios para garantizar el cuidado de la salud y el acceso de las poblaciones dispersas. Los servicios de salud se caracterizan por satisfacer efectivamente el derecho fundamental a la salud.

Artículo 93. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS). La Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) para las personas, familias y comunidades, se desarrollará por parte de las Instituciones de Salud del Estado ISE, privadas y mixtas mediante:

1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial.

2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes intersectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal e intrafamiliar.

3. Acciones específicas, con equipos transdisciplinarios, dirigidas al ambiente y a las personas para promover la calidad de vida y la salud general y ocupacional de las poblaciones, educar en salud, promover la no violencia, proteger la vida y prevenir enfermedades generales, laborales y accidentes en el hogar, el trabajo, establecimientos y vías públicas.

4. Servicios de atención ambulatoria programada, con alta capacidad resolutiva, general y especializada básica, con enfoque familiar y comunitario, que incluye educación en salud, protección específica, prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades crónicas, rehabilitación, cuidado paliativo, atención odontológica, salud sexual y reproductiva, salud visual y auditiva, atención integral de la gestación, parto y puerperio, y salud mental.

5. Servicios farmacéuticos y de tecnologías en salud, en el marco de la política nacional de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.

6. Servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio e imagenología de primer nivel tecnológico ambulatorio.

7. Atención médica domiciliaria o cuidado domiciliario paliativo a quien lo requiera por su condición patológica o por discapacidades o limitaciones desplazarse a los centros de atención.

8. Seguimiento de pacientes referidos y contrarreferidos de los servicios especializados ambulatorios, de hospitalización y de urgencias de mediana y alta complejidad.

9. Coordinación intersectorial, con sistema de referencia y contrarreferencia a otros sectores según caracterización de salud familiar y comunitaria.

10. Información permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Único de Información en Salud - SPUIS, tanto personal contenida en la historia clínica única, como poblacional, con la estructura de vigilancia en salud, para medir resultados, efectos e impactos en la calidad de vida y en la salud, con perspectiva de equidad y garantía del derecho a la salud.

Artículo 94. Servicios médico-asistenciales de baja complejidad. Los servicios médico-asistenciales de baja complejidad serán dirigidos y prestados por equipos de profesionales, técnicos y auxiliares de los centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de los municipios y distritos.

Los servicios médico-asistenciales de baja complejidad se prestarán simultánea e indivisiblemente con las actividades normadas de prevención en salud. En pequeñas poblaciones que no dispongan de instituciones que presten servicios de mediana complejidad, los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) deberán contar con capacidad hospitalaria para servicios de baja complejidad.

Se desarrollará un plan de inversión en Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud a diez años, a fin de contar, como mínimo, con un Centro por cada 20.000 habitantes, disposición que podrá ser para una población menor o mayor, conforme a las condiciones epidemiológicas, la distribución de la población en el territorio y las necesidades en salud de la población para definir el número y localización de los centros de atención, conforme a la política que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los servicios diagnósticos que son indispensables para la prestación de la atención básica identificando aquellos de mediana complejidad que deban ser reclasificados.

Las Instituciones sanitarias estatales, privadas o mixtas que ofrecen servicios básicos de salud deberán integrar progresivamente en sus instalaciones los servicios diagnósticos de mediana complejidad y la interconsulta con especialistas en línea, sin perjuicio de la remisión del usuario de los servicios de salud cuando se requiera una valoración directa por parte del especialista.

Los Centros de Atención Primaria deberán integrar progresivamente en sus instalaciones los servicios diagnósticos de mediana complejidad y la interconsulta con especialistas en línea, sin perjuicio de la remisión del usuario a los servicios de salud cuando se requiera una valoración directa por parte del especialista.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los servicios diagnósticos que son indispensables en la prestación de la atención básica identificando aquellos servicios clasificados como de mediana complejidad que deban ser reclasificados para lograr la mayor capacidad resolutiva posible en los Centros de Atención Primaria.

Artículo 95. Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados. Los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados de las instituciones prestadoras de salud debidamente habilitadas se prestarán mediante:

1. Servicios ambulatorios especializados que requieran mediana y alta tecnología.

2. Servicios de hospitalización de mediana y alta complejidad, incluidos los cuidados intermedios e intensivos.

3. Suministro de medicamentos e insumos de mediano y alto costo, incluido el servicio farmacéutico, en el marco de la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.

4. Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, de baja, mediana y alta complejidad.

5. Servicios de rehabilitación de mediana y alta complejidad, de corto y largo plazo, incluidas prótesis y órtesis.

6. Servicios paliativos para enfermedades mortales, agudas o crónicas.

Artículo 96. Servicios de mediana y alta complejidad. Los servicios médico-asistenciales de mediana y alta complejidad serán prestados por las entidades hospitalarias y ambulatorias públicas, privadas y mixtas que se integren a la red de servicios del territorio o la región. Estos servicios desarrollarán los programas domiciliarios de atención, el monitoreo a distancia de pacientes y los servicios de hospitalización domiciliaria, a fin de garantizar la continuidad e integralidad del manejo del paciente.

Los departamentos y distritos deberán formular un plan decenal de inversión y desarrollo de Hospitales públicos a fin de garantizar la oferta de los servicios de mediana complejidad y contar, como mínimo, con un centro hospitalario público con servicios de mediana complejidad por cada 100.000 habitantes o fracción menor.

La inversión será prioritaria para las zonas y grupos poblacionales donde exista déficit de oferta pública y privada para los servicios en este nivel de complejidad. Deberá garantizarse transporte medicalizado por vía terrestre, fluvial, marítima o aérea.

Artículo 97. Apoyo al interior de las redes. Las instituciones de las redes integradas e integrales que presten servicios de mediana complejidad deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de su área de influencia para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada a los pacientes mediante la telemedicina y evitar su traslado innecesario o promoverlo cuando sea pertinente. En cualquier caso, coordinarán con tales centros las rutas y los protocolos de atención de las enfermedades agudas o por accidentes, y de las enfermedades prevalentes, en especial las patologías crónicas.

Artículo 98. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud. Las instituciones sanitarias públicas, privadas y mixtas prestadoras de servicios de salud presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados al respectivo Fondo Regional de Salud, el cual pagará el 80% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, reservando el 20% restante a la revisión y auditoría de estas, acorde al régimen de tarifas de que trata el artículo 42.

El Fondo Regional de Salud cancelará únicamente servicios de baja complejidad si son indisociables a la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.

Artículo 99. Programas de Prevención y Control de Problemas y Enfermedades de interés en salud pública. La Prevención y Control de Problemas y Enfermedades de interés en salud pública está constituida por los bienes, servicios y acciones coordinadas, intra e intersectorialmente, con la participación de la comunidad y de las redes sociales en la modalidad de programas verticales para el control de enfermedades de interés en salud pública, según el perfil epidemiológico de los territorios de salud y del país.

Estos programas están bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social y de los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de Salud (INS).

Artículo 100. Prestación de servicios especiales para enfermedades raras y su prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará las instituciones o centros especializados en enfermedades raras, con el objeto de optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar la respuesta terapéutica para estas patologías sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente, así como diseñar y llevar a cabo programas de investigación genética que prevengan su incidencia para disminuir su prevalencia.

La prestación de servicios se hará mediante la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales de referencia y contrarreferencia o utilizando la telemedicina u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio a las instituciones que prestan atención médica.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 31, la Cuenta de Enfermedades Raras garantizará la prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.

Artículo 101. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad y paternidad y por incapacidad o invalidez derivada de una enfermedad general.
El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las formas de reconocimiento de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que actualmente reconoce el sistema de seguridad social en salud.

CAPÍTULO IX.

SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIIS)

Artículo 102. Sistema de Información. En desarrollo de lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley 1751, se estructurará el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que permita la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, los datos abiertos para la gestión integral del Sistema de Salud y la rendición de cuentas. Se garantizará asignación presupuestal específica para el funcionamiento operativo del Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, cuyos criterios de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho sistema entrará a operar en un periodo no mayor a un año.

Artículo 103. Características del Sistema Público Único Integrado de Información. El Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS) es transversal a todo el Sistema de Salud para garantizar trasparencia

y acceso en línea y tiempo real a la información epidemiológica, clínica, farmacológica, administrativa, de actividades e intervenciones médicas y sanitarias y de todas las transacciones económicas del mismo. Se construye con tecnología de última generación que se actualiza automáticamente mientras captura en forma directa e indeleble todas las actividades del Sistema de Salud, las distribuye en bases de datos encriptados y las organiza en cadenas de bloques (block chain); contará con procesamiento digital de imágenes y demás tecnologías de última generación y ejecutará la analítica con Inteligencia Artificial (IA) que crea los módulos de información del Sistema y organiza ordenada y coherentemente el registro de todas las operaciones de cada uno de los integrantes del Sistema de Salud para proporcionar datos abiertos a los procesos de participación y control social.

Artículo 104. Características generales. El Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIIS tendrá como principio de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 1751. Se organizará como mínimo en dos niveles:

7. Nivel operativo.: garantizará la producción y el uso de la información para la atención integral de las personas, las familias y las comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los integrantes del Sistema de Salud para su funcionamiento, comenzando por la historia clínica electrónica única nacional en todos sus procesos y territorios, y los datos para la gestión de los servicios de salud.

8. Nivel estratégico.: Garantizará la información para su análisis sobre la situación de salud y la calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del Sistema de salud y de los agentes involucrados en ellas.

El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la responsabilidad de diseñar y desarrollar el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS) y de garantizar el compromiso de todos los integrantes del Sistema de Salud con calidad y fluidez de la información para su funcionamiento.

La incorporación de la información al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIIS en el área administrativa y asistencial son obligatorias para todos los integrantes del Sistema de Salud. El modelo de atención incorpora las tecnologías en salud y atención médica y odontológica a las redes de servicios para que las personas tengan acceso a ellas. La prescripción médica y odontológica se hará por medio electrónico con base en estas tecnologías.

Artículo 105. Identificación de medicamentos. Mediante un método electrónico de última generación serán identificados los medicamentos, su principio activo y denominación común internacional, el laboratorio productor, el precio autorizado y las demás características que establezca el SPUIIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, su eficacia y efectos secundarios.

Artículo 106. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la Atención en Salud. La integración de las redes de servicios incluirá la conversión de múltiples referencias y contrarreferencias, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante el SIPUIS para aumentar capacidad resolutiva del médico de APIRS y de los programas de prevención secundaria.

CAPÍTULO X.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL

Artículo 107. Definición. La participación en el Sistema de Salud es un derecho y un deber fundamental que se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos. La participación ciudadana es ejercida de manera autónoma por las personas, en cualquier instancia del sistema.

La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la salud integral. La participación en el Sistema de Salud se regirá por lo dispuesto en la Constitución Política, la Ley 10 de 1990, Ley 134, la Ley 850, la Ley 1122, la Ley 1438, la Ley 1757, la Ley 1751, demás normas relacionadas y lo dispuesto en esta Ley.

Artículo 108. Ámbitos de la participación ciudadana y social. La participación vinculante de las personas y de las comunidades organizadas podrá ser ejercida en los siguientes ámbitos:

1. Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS). Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales.

2. Participación en la exigibilidad del derecho fundamental a la salud. Las Instituciones que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud establecerán mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para garantizar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales.

3. Participación en las políticas públicas en salud. El Sistema de Salud, contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad pública social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en las divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS), los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Salud.

4. Consulta previa a las comunidades étnicas. El mecanismo de participación de las comunidades étnicas será la consulta previa como derecho fundamental consagrado en la Constitución Política y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado respecto del desarrollo del enfoque diferencial en las políticas de salud y seguridad social, y promover procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud.

5. Participación en inspección, vigilancia y control. La ciudadanía que participe individualmente o representada en veedurías u organizaciones sociales podrá ejercer las veedurías en salud desde el ámbito micro territorial hasta el nacional en coordinación con los organismos de control del Sistema de Salud. Se conformará una red de control social y concurrente en los términos que defina el reglamento, la cual se articulará a la Superintendencia Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la forma de adecuación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración, fortalecimiento y financiación en los territorios sanitarios, y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la Red de Controladores del Sector Salud que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 109. Comités Hospitalarios de Ética. Las instituciones sanitarias estatales, privadas y mixtas conformarán comités institucionales u hospitalarios de ética, de carácter plural, constituidos por personal profesional y no profesional de la misma institución, representantes de las comunidades de los territorios de salud a los que sirven, abogados, y especialistas en ética médica y bioética. Les corresponde el análisis de los dilemas éticos que se presenten en la actividad clínica, en los servicios comunitarios o en la investigación en salud que comprometa personas y ofrecer asesoría, orientación y apoyo a los tomadores de decisiones clínicas y de investigación en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia.

Parágrafo. Las instituciones que prestan servicios de baja complejidad en salud, que no dispongan del personal especializado de que trata el presente artículo, recibirán en forma subsidiaria el apoyo de instituciones de mayor nivel de complejidad de la red integral o de las direcciones seccionales de salud.

CAPITULO XI.

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 110. Superintendencia Nacional de Salud. Las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual contará con el apoyo concurrente de la red de control social de que trata la presente Ley, con el objetivo de vigilar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y tomar las medidas que corresponda en el ámbito de su objeto y funciones, para garantizar la protección del Derecho Fundamental a la Salud.

Artículo 111. Inspección, vigilancia y control. La inspección, vigilancia y control tendrá el siguiente alcance:

1. Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema de Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

2. Son funciones de inspección entre otras los estudios especializados, las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud, las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. En desarrollo de la función de inspección ninguna persona o autoridad podrá oponer reserva o confidencialidad para el acceso a la información.

3. Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema de Salud para su desarrollo.

4. Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular, jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa, de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

Artículo 112. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud está constituido por el conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.

Artículo 113. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. **Financiamiento.** Su objetivo es inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema de Salud.

2. **Prestación de servicios de atención en salud pública.** Su objetivo es inspeccionar, controlar y vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

3. **Atención al usuario y participación social.** Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema de Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema de Salud; y promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

4. **Acciones y medidas especiales.** Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud y los recursos del Sistema de Salud.

5. **Información.** Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

6. **Equidad en salud.** Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, normas contenidas en esta ley para garantizar la aplicación de los principios del Sistema de Salud y sus formas de operación, y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

Artículo 114. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo 1. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud se aplicarán las normas en la Ley 2220 de 2022 o la que haga sus veces.

Artículo 115. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:

1. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud;

2. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del derecho fundamental a la salud;

3. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de

4. Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;

5. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;

6. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;

7. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;

8. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud;

9. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema de Salud.

Artículo 116. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:

1. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la administradora de Recursos de Salud ADRES, el Fondo Único Público para la Salud, los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud, Fondos Territoriales de Salud, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la Ley 100 de 1993;

2. Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios;

3. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo, los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituye falta grave.

4. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema de Salud.

5. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema de Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del Sistema de Salud por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.

6. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema de Salud.

7. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de los criterios de equidad, los principios del derecho fundamental a la salud y la aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales.

8. Vigilar, inspeccionar y controlar que las Instituciones prestadoras del Sistema de Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley.

1. Brindar garantías de progresividad en el Sistema de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio.

9. Priorizar la implementación de mecanismos administrativos expeditos y directos, para la protección integral del derecho a la salud, bajo los principios de oportunidad, celeridad y eficacia. En todo caso, estos mecanismos no serán barrera para el ejercicio de la acción de tutela o constituirse en requisito de procedibilidad para la misma.

10. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud.

11. Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo desconcentrado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad de control y sancionatoria, regido por el principio de celeridad.

12. Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas correctivas.

13. Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado.

14. Velar por que los actores e instancias del Sistema de Salud operen adecuadamente y cumplan con sus funciones, que serán de carácter preventivo y capacidad resolutiva en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios.

15. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos, en el entendido que sus atribuciones se refieren al Sistema de Salud de que trata la presente Ley.

Parágrafo 1°. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.

Parágrafo 2°. Los objetivos y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley, deberán entenderse modificadas en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con lo dispuesto en la presente ley. En todo caso, se tendrá como criterios de interpretación brindar todas las garantías de inspección, vigilancia y control sobre riesgos y sucesos que se refieran a la vulneración del derecho fundamentales a la salud, con el propósito de brindar de forma preventiva un esquema institucional de protección para garantizar una adecuada ejecución de las disposiciones del Sistema de Salud.

Artículo 117. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva y oportuna prestación de los servicios relacionados con el derecho a la salud de los usuarios del Sistema de Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer, tramitar y fallar, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, los siguientes asuntos:

1. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones de salud cuando su negativa por parte de las instituciones prestadoras de salud, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.
2. Los conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema de Salud.
3. Los trámites de insolvencia previstos en la Ley 1116 de 2006 o la que haga sus veces, para los sujetos vigilados.
4. La declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios y la desestimación de la personalidad jurídica de las sociedades sometidas a su vigilancia, cuando se utilice la sociedad en fraude a la ley o en perjuicio de terceros, los accionistas y los administradores que hubieren realizado, participado o facilitado los actos defraudatorios, responderán solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados. Así mismo, conocerá de la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios que se deriven de los actos defraudatorios. El procedimiento aplicable será el verbal sumario dispuesto en la Ley 1564 de 2012.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte o por medio del sistema de quejas y reclamos. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 2°. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el Decreto Ley 2591 de 1991 o el que haga sus veces.

Artículo 118. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el Director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de deter-

minar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad:

1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales;
2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados;
3. Cuando la lesión a los recursos de la salud o a la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficio de terceros.
4. Igualmente, cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación del recurso de la salud.

En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

Artículo 119. Acceso expedito a los servicios de salud. La Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Superior de la Judicatura y el Ministerio de Justicia y del Derecho, implementarán conjuntamente estrategias que permitan la descongestión en el acceso a los servicios de salud, a partir de los mecanismos administrativos que se adopten para hacer explícito el acceso al Sistema de Salud. No obstante, las garantías de protección del derecho fundamental a la salud deben ser plenas en el Sistema de Salud y en el Sistema de Administración de Justicia. A tal efecto, se tendrán como criterios:

1. La compilación anual de la jurisprudencia vigente en materia de salud.
2. El fortalecimiento institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en la resolución de controversias o conflictos en el acceso y prestación de servicio en el marco del Sistema de Salud.
3. La cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre el Sistema de Salud.
4. Las garantías materiales e institucionales del acceso a la información.

Artículo 120. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos. Si dentro del conocimiento de la queja o reclamo se evidencian actos que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes, la Superintendencia Nacional de Salud podrá en el marco de la función de control, ordenar las acciones necesarias para salvaguardar el derecho vulnerado o puesto en riesgo, decisión que deberá adoptarse como medida cautelar por medio de acto administrativo.

Los traslados a los sujetos vigilados para el recaudo de la información necesaria para la toma de la decisión no podrán superar el término perentorio de setenta y dos (72) horas y la decisión de fondo podrá omitir la práctica de pruebas de encontrarse documentado la vulneración o riesgo del derecho fundamental a la salud.

En todo caso el Superintendente Nacional de Salud deberá adoptar estrategias para evacuar de manera masiva y expedita las peticiones quejas y reclamos de los usuarios de manera periódica, por medio de procedimientos masivos, inmediatos, presenciales y con directa interacción del usuario y el prestador del servicio, cuya única finalidad sea la garantía material y oportuna del derecho fundamental a la salud.

Parágrafo. Las peticiones en las que no se evidencie riesgo o vulneración al derecho fundamental a la salud se tramitarán dentro de los términos previstos en la Ley 1437 de 2011. En todo caso el funcionario que así lo decida será solidariamente responsable por los perjuicios que con ello pudieren causar.

Artículo 121. Nombramiento Del Superintendente Nacional De Salud. El Superintendente Nacional de Salud será nombrado por el Presidente de la República, previo concurso de méritos, coordinado y reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la realización de las pruebas será de parte del Departamento Administrativo de la Función Pública. El Gobierno Nacional establecerá los requisitos de estudios y experiencia, así como las competencias requeridas para el ejercicio del empleo.

La persona que obtenga el mayor puntaje en el marco del concurso de méritos será posesionada por el presidente de la República como Superintendente Nacional de Salud, por un periodo institucional de cuatro (4) años.

Parágrafo. El procedimiento de selección y nombramiento del Superintendente Nacional de Salud de que trata el presente artículo regirá a partir del periodo presidencial del año 2026.

CAPÍTULO XII.

POLÍTICA NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD

Artículo 122. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará cada cuatro (4) años, la Política de Ciencia y Tecnología en Salud, en concordancia con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. La política de Ciencia y Tecnología en Salud definirá las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud, según las especificidades territoriales y los recursos disponibles.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas de especial interés en salud pública, provenientes de la subcuenta de Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP) del Fondo Único Público para la Salud complementados con recursos territoriales, en especial, los que se asignen del Sistema General de Regalías.

El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación concertará con el Ministerio de Salud y Protección Social las prioridades de investigación y rendirá un informe anual respecto de los recursos recaudados en cada territorio con destino al Fondo de Investigación en Salud, la priorización y destinación de los mismos, así como la ejecución de los recursos del Fondo, el cual será publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los recursos del Fondo de Investigación en Salud, en todo caso, tendrán como propósito único la financiación de proyectos de investigación, tecnología e innovación en salud pública.

CAPÍTULO XIII.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD

Artículo 123. Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud. La política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud, garantizará el acceso a medicamentos, insumos y tecnologías en salud de carácter diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación a toda la población, según su necesidad, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud.

El Gobierno Nacional formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud con la participación del Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), El Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).

La política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud tendrá en cuenta, en el marco de lo dispuesto por el artículo 5º de la Ley 1751, entre otras estrategias:

1. La compra conjunta de medicamentos esenciales.
2. El respaldo a la producción nacional de moléculas no protegidas por patente.
3. La protección de moléculas con patentes en los casos que cumplan estrictamente los criterios que corresponden a una invención y sin perjuicio de lo anterior se aplicarán de ser necesario las salvaguardas de salud contenidas en ADPIC, Declaración de Doha, Decisión 486 de la CAN y toda la normatividad vigente relacionada.
4. La provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales.
5. La regulación de precios de medicamentos y tecnologías.
6. La evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos.
7. Los mecanismos que favorezcan la competencia.
8. La investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías esenciales.
9. La transferencia tecnológica, con estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías.
10. Adelantar programas de formación y educación continua de los trabajadores de la salud.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 1751, todo servidor público de salud al que se le compruebe con el debido proceso, que induzca o prescriba el uso de medicamentos u otras tecnologías de salud tras algún interés o beneficio personal, será sancionado la primera vez con la suspensión de su ejercicio profesional por un año; la segunda vez por tres años y por tercera vez con el retiro definitivo de su ejercicio profesional, sin perjuicio de otras acciones legales que tipifiquen su conducta.

Las autoridades sanitarias municipales tendrán acceso a los insumos y medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades tropicales, a cuyo efecto se establecerá un riguroso control en su dispensación para garantizar su uso exclusivo por prescripción facultativa médica.

Artículo 124. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud. La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS) mediante la creación de un Comité Técnico Científico conformado por 5 profesionales del área de la salud, con idoneidad debidamente demostrada en la materia, seleccionados de ternas enviadas por las Facultades de Ciencias de la Salud, Química y Farmacia, Enfermería, Medicina e Ingeniería Biomédica de las universidades a nivel nacional.

El Comité tendrá como apoyo para el análisis de tecnologías diferentes a medicamentos otros comités consultivos conformados por Profesores, Titulares o Asociados, de las áreas del conocimiento mencionadas, que demuestren su autoridad científica a través de artículos publicados en Revistas indexadas, especializadas en los temas pertinentes. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará la forma de integrar el Comité Técnico Científico y los otros comités consultivos.

Artículo 125. Adquisición y distribución de medicamentos y tecnologías en salud. La adquisición de los medicamentos y tecnologías en salud se podrá realizar para los productos de mayor consumo, a través de subasta pública para cada año, en noviembre y con vigencia desde el 1º de enero del año inmediatamente siguiente, lo cual permite que las empresas productoras de tecnologías planifiquen su producción o realicen alianzas que garanticen las cantidades requeridas; la subasta podrá tener alcance internacional, pero dará prioridad a la producción nacional.

Las entidades habilitadas para entregar medicamentos y otras tecnologías en salud dispondrán de los productos para los cuales fueron habilitadas y asumirán el trámite y entrega en el domicilio del paciente en el caso de ser requerido y no dispongan de él al momento del requerimiento.

CAPÍTULO XIV.

POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD

Artículo 126. Política de Formación y Educación Superior en Salud. En concordancia con la evolución de la epidemiología, los indicadores de salud a nivel nacional, las regiones y territorios, acorde con el concepto de Territorios Saludables, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la Política de Formación y Educación Superior en Ciencias de la Salud. A tal efecto se tendrá como recomendación lo dispuesto por el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, de conformidad con la Ley 1164. La política de Formación y Educación Superior en Salud atenderá los siguientes criterios:

1. Orientar las prioridades de formación de personal sanitario y especialidades médicas según las necesidades para el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de la población, las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS), con enfoque familiar y comunitario.

2. Estar acorde con las necesidades del Sistema de Salud.

3. Brindar estímulos para la formación de especialistas y superespecialistas en las diferentes profesiones del área de la salud priorizadas.

4. Establecer los mecanismos de conformación de convenios y articulación entre las instituciones universitarias formadoras de personal sanitario de tipo técnico, tecnológico y profesional, y las redes integrales e integradas de servicios de salud que cuenten con hospitales y clínicas que cumplan con los criterios de Hospital Universitario.

CAPÍTULO XV.

RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Artículo 127. Régimen y Política Laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud. El régimen y política laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud se conformará de acuerdo a los requerimientos de cantidad, perfiles y organización y a las características del Sistema de Salud, constituyéndose en un régimen especial.

En el marco de lo dispuesto por la Ley 1751 en los artículos 17 y 18, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar las condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales, garantizar la educación continua y de actualización a todo el personal sanitario y especialmente a quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.

Igualmente, promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de los Trabajadores de la Salud y su reconocimiento en los procesos de promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades; de acuerdo con los estándares internacionales de la legislación en el trabajo, especialmente los mandatos de la OIT y se verá reflejada en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del Sistema de Salud.

Artículo 128. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

1. Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas y Mixtas con participación del sector público inferior al 90% del Sector Salud, por norma general, estarán vinculadas mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes

2. De conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política de 1991:

3. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas.

4. Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud.

5. Se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

6. Se adoptarán las políticas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia y servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad.

Parágrafo 1. El Ministerio de Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno Nacional organizará una Dirección en el Ministerio de Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

Parágrafo 2. Sin perjuicio de reglamentaciones posteriores, el Gobierno Nacional en el término máximo de un año contado a partir de la expedición de la presente Ley, reglamentará lo relativo a los apartados 132.2, 132.3. y 132.4.

Artículo 129. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes. Las plantas de personal de salud que cumplen el Servicio Social Obligatorio (SSO) se articularán especialmente a los equipos de Atención Primaria Integral en Salud (APIRS) y a los equipos de atención en donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas.

En el marco del Sistema Nacional de Residencias Médicas, de que trata la Ley 1917, los médicos residentes podrán ser incluidos en los equipos de atención en regiones apartadas según las necesidades de cada región conforme al concepto de Territorios Saludables, mediante convenios entre las autoridades regionales y las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, donde estén realizando su práctica de formación especializada.

Las personas que integran los equipos de servicio social obligatorio (SSO), gozarán de las garantías laborales de que trata la presente Ley para los trabajadores estatales de la salud.

Los médicos y médicas residentes, gozarán de todas las garantías laborales establecidas en la ley 1917, bajo la supervisión y control de médicos especialistas y de las correspondientes instituciones de educación superior.

Artículo 130. Recertificación de los Trabajadores de la Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos para la recertificación de los trabajadores de la salud del régimen privado, mixto y público. A tal efecto, habrá una Junta de Recertificación, constituida por:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social, quien la presidirá y designará los funcionarios que deban integrarla.
2. Dos representantes de los Hospitales Universitarios
3. Dos representantes de las Facultades de Salud de las Universidades
4. Dos representantes de las agremiaciones médicas

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los mecanismos de integración, las actividades específicas a cargo y su sistema de funcionamiento.

Artículo 131. Percepción del personal de la salud. Cada año se realizará una evaluación de la percepción de los trabajadores de la salud sobre los resultados del Sistema de Salud, en especial sobre sus condiciones laborales. Con base en estas y otras evaluaciones se ajustarán los aspectos necesarios para garantizar condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

CAPÍTULO XVI.

AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACION

Artículo 132. Acto médico. El acto médico es el proceso resultante de la relación entre el médico, el equipo de trabajo y su paciente. El médico actúa con ética, libertad, autonomía, responsabilidad, autorregulación y profesionalismo con el objeto de tratar y resolver los aspectos relacionados con la salud del paciente. Realiza su actividad bajo estos principios y se afianza en la evidencia y el conocimiento científicos.

Cuando el paciente, su representante, su familia o el médico tratante lo consideren necesario o pertinente, se podrá solicitar una Junta Médica con el objeto de discutir el caso de un paciente determinado. Los integrantes de dicha Junta serán médicos y/u otros profesionales de la salud con conocimiento y experiencia suficientes para aportar en la discusión y solución del problema. El médico tratante acordará con su paciente la convocatoria de la Junta Médica si la premura de la situación lo permite; en caso contrario actuará según el artículo 17 de la Ley 1751, bajo su propio criterio.

La Junta Médica asesora y orienta al médico tratante y su equipo. Cuando no se haya solicitado previamente para el mismo caso, los familiares del paciente o su representante podrán pedir una Junta Médica si consideran indispensable un concepto de segunda instancia.

El médico tratante debe dar al enfermo y a sus familiares y red de apoyo la información suficiente sobre el personal especializado disponible en caso de que necesite este tipo de atención, para que pueda participar con autonomía en la elección del especialista.

La frecuencia de las visitas la establece el médico tratante según su criterio y de acuerdo con su paciente, su representante legal o sus familiares autorizados.

Artículo 133. Autorregulación médica. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas que forman parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud, deberán ejecutar reuniones de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por todas las especialidades médico-quirúrgicas; serán de composición plural entre las disciplinas y las especialidades médicas, relacionadas con los servicios ofrecidos, cuya función será ejercer la autorregulación individual, colectiva e institucional de las decisiones médicas, prevenir el error diagnóstico y evitar el uso indebido o injustificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos.

Artículo 134. Comité de Autorregulación Médica. El Comité de Autorregulación Médica de las instituciones públicas, privadas y mixtas de las redes integrales e integradas, tiene como propósito analizar y formular políticas acerca de la utilización racional y eficiente de procedimientos, medicamentos, insumos y demás tecnologías en salud. Sesionará al menos dos veces al mes y consignará en actas sus análisis y actuaciones. Podrá apoyarse en los Comités de Compras, Comités de Farmacia y Terapéutica, Comités de Infecciones y Comités de Ética, así como en otros profesionales y expertos para la toma de decisiones que serán de obligatorio cumplimiento para los médicos y toda la Institución.

La Dirección Territorial de Salud investigará y sancionará, de ser el caso, a las instituciones que no tengan constituido y en funcionamiento el Comité de Autorregulación Médica; a las que contando con dicho Comité no observen lo establecido por él, así como a aquellas que restrinjan la remisión por parte de la Coordinación de la Red de Servicios y en caso de reincidencia se procederá a su retiro de la Red.

En el caso de las Instituciones de Salud del Estado será falta grave para el director, sancionable con destitución, cuando se compruebe el incumplimiento del presente artículo. Los profesionales de la salud serán igualmente responsables de falta disciplinaria grave cuando reincidan en la omisión de las decisiones del Comité de Autorregulación Médica.

Artículo 135. Procedimiento de resolución de conflictos en el ejercicio médico. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas entre médicos a partir de la atención médica serán dirimidos por las Juntas Médicas de las Instituciones de Salud, ya sean del Estado–ISE, privadas, mixtas o por las Juntas Médicas de la Red Integral de Instituciones Sanitarias Estatales, privadas y mixtas, utilizando criterios de razonabilidad científica y ética, de acuerdo con la Ley 23 de 1981 o la reglamentación que emane posteriormente a la aprobación de la presente ley.

Artículo 136. Discrepancias diagnósticas o terapéuticas. Las discrepancias en diagnósticos o en alternativas terapéuticas serán dirimidas según lo establecido en la Ley 23 de 1981 o por las Juntas Médicas de acuerdo con la Ley 1751 de 2015, las cuales serán de la institución sanitaria o de la red de salud y sus decisiones de basarán en la razón científica, la ética profesional, el estado del arte y la autorregulación.

CAPÍTULO XVII.

RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO

Artículo 137. Objeto del Régimen Disciplinario y Sancionatorio. El Régimen Disciplinario y Sancionatorio tiene por objeto definir las sanciones penales y disciplinarias a las entidades públicas, privadas y mixtas que prestan servicios de salud hospitalarios o ambulatorios y a las personas que participan en acciones que limiten o impidan el disfrute del derecho fundamental a la salud, nieguen servicios o retrasen u obstaculicen su prestación. Son también sujetos de sanción por responsabilidad de su cargo los miembros de las Juntas Directivas, los Representantes Legales y demás personas que contribuyan a la misma dentro de las Instituciones que conforman el Sistema de Salud.

El Tribunal Nacional de ética médica, y los tribunales seccionales de ética médica ejercen la autoridad para conocer los procesos éticos-disciplinarios que se presenten en la práctica de quienes ejercen la medicina en Colombia.

Artículo 138. Sujetos disciplinables en el Sistema de Salud. Adiciónese a la Ley 1952 de 2019, Código General Disciplinario, un inciso final al Artículo 25. Destinatarios de la ley disciplinaria, Capítulo III Sujetos disciplinables, así:

Sin perjuicio de la responsabilidad que corresponde a los miembros de las Juntas Directivas y Representantes Legales se aplica este régimen a los funcionarios encargados de la administración y gestión de la prestación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 139. Faltas gravísimas. Modifíquese el Artículo 59 de la Ley 1952 de 2019, Código General Disciplinario, adicionando los siguientes numerales, los cuales quedarán así:

"4. Negar, retrasar u obstaculizar sin justificación comprobable y objetiva el acceso a servicios o tecnologías contemplados como parte de los servicios de salud que no se encuentren expresamente excluidos.

5. Incumplir o desacatar fallos de tutela en salud.

6. Incumplir cualquiera de las obligaciones establecidas en el Régimen Legal del Sistema de Salud, relacionados con la garantía del derecho fundamental a la salud por una actuación u omisión deliberada."

Artículo 140. Sanciones Disciplinarias en el Sistema de Salud. Adiciónese un numeral al Artículo 48 Clases y Límites de las sanciones disciplinarias de la Ley 1952 de 2019 Código General Disciplinario, el cual quedará así:

"7. Cuando se trate de las conductas previstas en los numerales 4, 5 y 6 del artículo 59 de este Código, la inhabilidad será para ejercer empleo público, prestar servicios a cargo del Estado, o contratar con este, y para desempeñarse a cualquier título en cualquier entidad pública perteneciente al Sistema de Salud y no podrá ser inferior a diez años."

Artículo 141. Criterios para la Graduación de la Sanción Disciplinaria en el Sistema de Salud. Adiciónese el Artículo 50 de la Ley 1952 de 2019 Código General Disciplinario, así:

Para la graduación de la sanción, respecto de las conductas descritas en los numerales 4, 5 y 6 del artículo 59 de este Código, serán tenidas en cuenta como circunstancias de agravación, la comisión de la conducta:

i) En sujetos de especial protección como niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

j) Con desconocimiento de fallos de tutela proferidos en la materia, y especialmente de sentencias de unificación proferidas al respecto por la Corte Constitucional.

k) Incumpliendo sentencias de tutela proferidas sobre el caso específico, con identidad de causa, objeto y partes, o con repetición de la acción o la omisión que motivó una tutela concedida mediante fallo ejecutoriado en proceso en el cual haya sido parte.

l) Con desconocimiento de las instrucciones o directrices contenidas en los actos administrativos de los organismos de regulación, control y vigilancia o de la autoridad o entidad pública titular de la función.

m) Cobrar por los servicios valores que no corresponden a las tarifas autorizadas, cobrar por servicios que deben ser gratuitos o efectuar recobros indebidos.

n) Sometiendo a la persona a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, o que le causen o le hagan soportar un sufrimiento evitable.

o) Sometiendo a la persona a cargas administrativas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio

Artículo 142. Traslado a la autoridad de vigilancia fiscal. Las autoridades penales y disciplinarias pondrán en conocimiento de las contralorías del nivel que corresponda, toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y los procesos respecto de las conductas reguladas por la presente Ley constituyan una presunta conducta fiscal, la cual deberá ser investigada conforme a las disposiciones legales que rigen la materia.

Artículo 143. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud. Las autoridades pondrán en conocimiento de los Tribunales de Ética de cada profesión mediante instauración de la demanda respectiva por toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y procesos en casos regulados por la presente Ley, implique faltas ético disciplinarias que se presenten durante la práctica profesional.

Artículo 144. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las normas de la presente ley que afecten recursos del Presupuesto General de la Nación, deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.

CAPITULO XVIII

TRANSICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo145. Consulta Previa a las autoridades tradicionales de las comunidades indígenas. Para la reorganización del Sistema de Seguridad Social en Salud, en lo que respecta a reglamentar la prestación de servicios de salud y la organización del mismo en sus territorios, se adelantará consulta previa con las respectivas autoridades de los pueblos y comunidades indígenas en espacios suficientes y adecuados de participación sobre las decisiones que les afectan directamente.

A tal efecto, facúltese al Presidente de la República por un periodo de seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley con el fin de adoptar las normas con fuerza de ley, de la organización y prestación de servicios de salud en los territorios de los pueblos y comunidades indígenas.

Artículo 146. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales.

El régimen de salud y seguridad social del magisterio continuará vigente, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989 cuyo régimen de salud será el previsto en dicha norma.

Artículo 147. Empresas de Medicina Prepagada y Seguros Privados. Las empresas privadas que tienen como objeto social la venta de planes prepagados o voluntarios de salud podrán seguir funcionando y comercializando sus servicios, bajo las reglas y normas de funcionamiento, financiación y prestación de servicios que los rigen. Los suscriptores de los planes y seguros no tendrán prelación alguna cuando utilicen el Sistema de Salud, al cual tienen derecho.

Artículo 148. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado. En adelante, las Empresas Sociales del Estado adoptarán su denominación de Instituciones de Salud del Estado por mandato de la presente ley. Para la implementación de su nuevo régimen laboral, lo harán progresivamente dentro de los cuatro años siguientes a la

expedición de la presente ley, previo los estudios correspondientes que determinen su implementación y las disposiciones reglamentarias que expida el Gobierno Nacional sobre la materia. En cuanto a los demás regímenes jurídicos deberán entenderse de aplicación inmediata. Las actuaciones y procesos que se venían adelantando a la fecha de vigencia de la presente ley, continuarán bajo las disposiciones con las que fueron iniciadas hasta su culminación.

El actual gerente o director de la Empresa Social del Estado continuará ejerciendo el cargo de director de la Institución de Salud del Estado - ISE hasta finalizar el período para el cual fue nombrado, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales señaladas para el Director de Institución de Salud Estatal.
La composición de los órganos plurales de dirección de las Instituciones Hospitalarias Estatales, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado mantendrán ininterrumpidamente la prestación de los servicios de salud a su cargo.

Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva, la transformación de las Empresas Sociales del Estado – ESE de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado - ISE. Para el efecto el gobierno nacional determinará las fases y períodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado- ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado, las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Cuando exista una infraestructura pública que esté siendo operada por terceros, se propenderá su constitución, organización y funcionamiento bajo el régimen de las Instituciones de Salud del Estado - ISE.

Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que en la fecha de la presente ley estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, serán convertidas en Instituciones de Salud del Estado -ISE del respectivo nivel de Gobierno.

Artículo 149. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud CAPIRS, bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. Los pacientes en estado crítico que al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes, en tratamientos de enfermedades que no puedan ser interrumpidos o cuya interrupción sea riesgosa, seguirán atendidos por los prestadores de servicios de salud y los contratos con estos, serán automáticamente subrogados por quien asuma la gestión del riesgo, según las reglas que se establecen en la transición, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno. De igual forma se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

2. Las entidades Promotoras de Salud que a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, acordarán con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de

la población afiliada al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno Nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.

3. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de habilitación al momento de expedición de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, ADRES, efectuará el reconocimiento y giro pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud.

Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

1. Para cada hogar todos sus miembros deberán estar afiliados en una misma Entidad Promotora de Salud.
2. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.
3. En los territorios donde no queden Entidades Promotoras de Salud, la Nueva EPS, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes podrá asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.
4. La Nueva EPS contratará los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud -CAPIRS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella afiliada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.
5. La Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la inscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud CAPIRS, así

como la organización de las redes integradas e integrales en los territorios que el Ministerio de Salud y Protección Social y las autoridades del nivel territorial determinen.

6. A partir de la vigencia de la presente Ley, no habrá autorización de ingreso al Sistema de Salud de nuevas Entidades Promotoras de Salud.

7. Las Entidades Promotoras de Salud, durante la transición y evolución posteriormente mediante las formas jurídicas en las que se transformen, que determinen como más funcionales a su operación podrán:

   - Escindir y especializar sus instituciones de prestación de servicios de baja, mediana y alta complejidad e integrarlas a las redes de atención integrales e integradas
   - Organizar y operar los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud CAPIRS bajo las reglas del Sistema de Salud
   - Proveer servicios de gestión de facturas y auditoría durante la transición o bien estructurar firmas auditoras que podrán ser contratadas por el ADRES
   - Prestar servicios de información especializados que requiera el Sistema de Salud
   - Prestar servicios especializados de asesoría en la organización de los territorios de salud
   - Adelantar acciones de salud pública y prestar servicios de equipos de salud del modelo de atención primaria en salud
   - Suministrar tecnologías, software y sistemas de información para administrar la atención de la población
   - Gestionar las prestaciones económicas de los cotizantes en el Sistema de salud
   - Asesorar el desarrollo de los gobiernos corporativos en el Sistema de Salud

Las Entidades Promotoras de Salud que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios, de acuerdo al plan de implementación de que trata el presente artículo. Conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social se determinará el proceso.

8. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de Recursos de la Salud ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las redes integradas e integrales que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud.

9. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito a instituciones prestadores de servicios de salud a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud.

10. Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a la prestación de servicios de salud, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de

disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud- CAPIRIS, los trabajadores que a la vigencia de la presente ley trabajen en las Entidades Promotoras de Salud, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de supernumerarios hasta que ello sea necesario, cuyos empleos estarán sujetos al libre nombramiento y remoción y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen.

Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud -CAPIRS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal, darán prioridad a la vinculación de este personal, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

La Administradora de Recursos de Salud ADRES, está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud.

Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.

Las competencias aquí previstas para la Administradora de Recursos de Salud ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan. Cada dos (2) años se hará un análisis de los avances en esta materia y se evaluarán las capacidades respectivas.

11. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

12. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. -CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez descontada su comisión por la gestión de cobranza.

13. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la vigencia de la presente ley establecerá la reglamentación y conformación del Consejo Nacional de Salud.

14. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a un año a partir de la vigencia de la presente ley establecerá los reglamentos para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

15. El Gobierno Nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado, los cuales estarán en cabeza del ministerio de salud y protección social.

Artículo 150. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las normas de la presente ley que afecten recursos del Presupuesto General de la Nación, deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Artículo 151. Facultades extraordinarias. Facultase al Presidente de la República por el término de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley para:

1. Expedir las disposiciones laborales para garantizar condiciones de trabajo justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar los conocimientos del talento humano en salud, tanto del sector privado como del sector público.

2. Dictar las disposiciones laborales de los servidores públicos del sector salud para garantizar el mérito, así como las condiciones de reclutamiento y selección de los directores de las Instituciones Estatales Hospitalarias.

3. Establecer los procedimientos aplicables a las actuaciones administrativas y jurisdiccionales a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y el régimen sancionatorio que le corresponda aplicar.

4. Modificar y complementar las normas en materia de salud pública.

5. Dictar las disposiciones adicionales que sean reserva de ley y que garanticen un ordenado proceso de transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al Sistema de Salud, conforme a lo ordenado por la presente ley, para garantizar el derecho fundamental a la salud. En el proceso de transición deberán garantizarse los pagos por los servicios prestados en este periodo, a los proveedores de servicios de salud en forma regular; dictarse las disposiciones de inspección, vigilancia y control que sean requeridas para garantizar las condiciones esenciales del servicio público esencial de la salud; y establecer incentivos para que en la transición las Entidades Promotoras de Salud converjan hacia los fines del modelo de atención en salud establecido en la presente Ley.

6. Dictar las disposiciones y realizar las operaciones presupuestales que se requiera para capitalizar a la Nueva EPS en el periodo de transición, así como dictar las disposiciones orgánicas que corresponda para su adecuada operación.

Artículo 152. Vigencia. La presente Ley deroga las disposiciones que le sean contrarias.

CAROLINA CORCHO MEJÍA

Ministra de Salud y Protección Social

Exposición de motivos[1]

Bogotá D.C., 13 de febrero del 2023

Exposición de motivos

1 La presente exposición de motivos tomó como punto de partida el documento realizado del Libro *“Agenda de Transición Democrática: otra Colombia es Posible”*, capítulo 3 *“Propuesta de reglamentación y desarrollo de la Ley 1751 de 2015 para la garantía del derecho fundamental a la salud en Colombia”*, de los autores: Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, Por una Reforma Estructural del Sistema de Salud: Pedro Santana Rodríguez (Director de la Revista Sur), Luz Marina Umbasía, Néstor Álvarez (Director de organización Pacientes Alto Costo), Sergio Isaza Villa (Presidente de la Federación Médica Colombiana-FMC), Francisco Rossi, German Hernández (Presidente de Sintrahosmic), Abdiel Mateus Herrera (Pasante de posgrado de Derecho), Carolina Corcho Mejía, Félix Martínez, Oscar Andia, Luis Alberto Martínez y Ulahy Beltrán. Ver libro: Agenda de Transición Democrática: otra Colombia es Posible | Heinrich Böll Stiftung | Bogotá office - Colombia (boell.org).

Contenido

Lista de gráficos

Lista de Tablas

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social y diversas organizaciones de la Sociedad Civil, en especial, la Comisión de

Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, hacen entrega al Congreso de la República de Colombia del Proyecto de Ley *"Por medio de la cual se reestructura el Sistema de Seguridad Social en Salud y se establecen normas para garantizar el goce del derecho a la salud"*. Este proyecto de ley se presenta con el objetivo de reformar el sistema de seguridad social en salud a partir de las transformaciones que ha tenido el derecho fundamental a la salud en los últimos 30 años a través de diversas sentencias de la Corte Constitucional, en especial, la Sentencia hito T-760 de 2008 (se establecen 16 órdenes generales sobre el sistema de salud), la expedición de la Ley 1751 de 2015 y la Sentencia C-313 de 2014 de revisión constitucional de la misma ley. La propuesta recoge el esfuerzo, los estudios y análisis que se han hecho desde la sociedad civil y otros sectores por más de 20 años.

El Sistema de Salud propuesto tiene como objetivo cuidar la vida de cada persona, familia, comunidad y sociedad. La concepción del proyecto respecto del Sistema de Salud se fundamenta en los siguientes aspectos:

- En el centro del Sistema de Salud está la población en lo individual y colectivo y su garantía del derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo.

- El Sistema de Salud se define mediante un conjunto de regulaciones acerca del modelo de atención en salud, soportado en un diseño institucional, debidamente financiado, con datos abiertos, transparencia e integridad; en los principios de la función administrativa; y en un conjunto de reglas que garantizan la gestión y el funcionamiento de las instituciones con amplia participación de la sociedad, como principal actor del mismo.

- Construir sobre lo construido, asimilando las capacidades adquiridas y buenas prácticas, a la vez que superando las limitaciones identificadas del Sistema de Salud en las últimas tres décadas.

- El núcleo central del Sistema de Salud, basado en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, se garantiza con un aseguramiento público, único, universal y solidario, considerando el hábitat de cada residente como el territorio saludable en salud, desde el cual se estructura la atención primaria en salud, con capacidad resolutiva y se garantiza el tránsito de cada individuo por las redes integradas e integrales de atención, con un acceso estructurado y efectivo a los servicios de mayor complejidad de atención.

- Armonizar las regulaciones existentes con lo dispuesto en la Ley estatutaria de la Salud, dando alcance a sus diferentes mandatos sobre el derecho fundamental a la salud, los deberes de las personas y los procedimientos y recursos para su protección;

- Ejercer las obligaciones del Estado para respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y desarrollar sus principios y mecanismos;

- Dignificar las condiciones del trabajador de la salud y generar las condiciones responsables para el ejercicio de la autonomía profesional.

De esta forma se busca lograr mejores y más años de vida saludable de cada persona que habita el territorio colombiano, con un sistema de salud universal, solidario, igualitario, equitativo y eficiente. a lo largo de los últimos treinta años se han expedido diversas disposiciones como las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1608 de 2013, 1751 de 2015, 1753 de 2015, 1797 de 2016, 1949 de 2019, 1955 de 2019 y 2015 de 2020. Marco legal que debe ser armonizado e integrado en un nuevo ordenamiento, para cumplir con las normas superiores, los tratados internacionales, la Constitución Política y la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La reforma se fundamenta en los principios rectores que la Constitución política le ha dado al derecho fundamental a la salud: dignidad humana, igualdad, solidaridad, interés general, universalidad, acceso oportuno y de calidad, y, eficiencia del sistema de salud.

I. DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

A. Constitución Política de Colombia y jurisprudencia constitucional

Colombia es un Estado Social de Derecho, cuya meta principal dentro del cumplimiento de los derechos sociales ha sido *"(…) la creación de condiciones razonables de vida (…)"*[2], de allí que se estableciera como principios fundamentales de la Constitución Política la dignidad humana, la solidaridad y el interés general. A través de los años la ciudadanía y la Corte Constitucional los han citado como principios fundamentales para el análisis de posibles violaciones de derechos fundamentales establecidos en la Carta Magna. En especial, respecto al derecho fundamental a la salud, reconocido por la Corte Constitucional como un derecho fundamental atípico.

En diversas ocasiones la Corte Constitucional ha reconocido que el derecho a la salud es un derecho fundamental atípico, porque si bien se encuentra dentro de los derechos sociales de la Carta Magna, su naturaleza se compone de dos principios "solidaridad[3] y dignidad humana[4]", como también del derecho fundamental a la vida, como se estableció en la Sentencia T760 de 2008[5], como en otros casos se ha establecido como derecho fundamental por ser los reclamantes sujetos de especial protección o por encontrarse dentro de las garantías establecidas dentro del mismo sistema de salud, como los medicamentos cubiertos por el POS (UPC).

Si bien, el derecho a la salud se encuentra en los artículos 48 y 49 de la Constitución, como un derecho social y prestacional, que debe ser reglamentado y dirigido por el Estado, en pro de regular los diversos actores del sistema, el trasfondo de este es garantizar la vida digna de quienes se encuentran dentro del territorio colombiano. Como también se denota en la Sentencia C-313 de 2014, por medio de la cual se declara exequible la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que regula el derecho fundamental a la salud. Dicha sentencia expone que:

2 Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 *"Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia" Título: Derechos sociales*

3 Sentencia C-313 de 2014: "(...) *El principio de solidaridad exige la ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenezcan, y sin importar el estricto orden generacional en el cual se encuentren. Este principio se manifiesta en dos subreglas, a saber: En primer lugar, el deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos, por ejemplo, mediante aportes adicionales destinados a subsidiar las subcuentas de solidaridad y subsistencia del sistema integral de seguridad social en pensiones, cuando los altos ingresos del cotizante así lo permiten. En segundo término, la obligación de la sociedad entera o de alguna parte de ella, de colaborar en la protección de la seguridad social de las personas que por diversas circunstancias están imposibilitadas para procurarse su propio sustento y el de su familia. (...)"*

4 Sentencia C-313 de 2014: *"(...) Una síntesis de la configuración jurisprudencial del referente o del contenido de la expresión "dignidad humana" como entidad normativa, puede presentarse de dos maneras: a partir de su objeto concreto de protección y a partir de su funcionalidad normativa. Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)"* (Sentencia T881 de 2002 M.P. Montealegre Lynett)

5 "[...] El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna [...]"

> "En cuanto al marco normativo se destacó la importancia de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dada su pertinencia para la regulación del derecho a la salud. Por lo que respecta al desarrollo jurisprudencial de la Corte sobre el derecho a la salud, se recordó que inicialmente se le estimaba como fundamental en razón de su conexidad con otros derechos fundamentales. Igualmente se mencionó el cambio jurisprudencial en la definición y conceptualización del derecho fundamental, en particular, el peso de la dignidad humana en la calificación de un derecho como fundamental.
>
> La Corporación reiteró la importancia de los diversos elementos que caracterizan a un derecho como fundamental y en particular la transmutación del derecho en una garantía subjetiva en razón del desarrollo legislativo o administrativo de las cláusulas constitucionales y la importancia de la existencia de consensos, en torno al carácter fundamental del derecho.
>
> La Sala, destacó los propósitos de la Ley Estatutaria, en particular, se hizo alusión a la exposición de motivos, enfatizándose en la relevancia de la Observación 14 como guía interpretativa y en la idea de una cobertura de beneficios que tuviese como límite lo excluido por la Ley."

Lo anterior, ha llevado a que la Corte Constitucional dentro de la Sentencia C-313 de 2014 señale "(…) *que es de esperarse que, en la legislación ordinaria y su reglamentación, las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad*".

Por otro lado, la Corte recalcó que se deberán hacer los respectivos ajustes para contrarrestar las ineficacias o errores mismos del sistema de salud. Siendo labor del Ministerio de Salud presentar la propuesta de reforma que permita resolver los problemas al: (i) manejo adecuado de los recursos públicos; (ii) prevención y atención de la enfermedad; (iii) rectoría del sistema de salud en cabeza del Estado, siendo el modelo de salud de aseguramiento público; (iv) acceso y calidad de servicios de salud para toda la población en cualquier parte del país; (v) saneamiento financiero de las entidades del Estado del sector salud; (vi) regulación de los mercados de salud a través de políticas públicas claras; e, (vii) inspección, vigilancia y control.

En conjunción con la Constitución Política y la Ley Estatutaria de Salud, están los principios y mandatos que hacen bloque de constitucionalidad y que aluden a la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Convenios de Ginebra, la Declaración de los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, la Observación general N.°14, la Proclamación de Teherán, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, la Declaración de Alma Ata, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Observación General N.º 6 sobre derecho a la vida, los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, el Protocolo de San Salvador de 1988, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración y Programa de acción de Viena, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En especial, se ha tomado, como lo ha hecho la Corte Constitucional en sus diversas sentencias, las recomendaciones para un mejor sistema de salud de la Observación General 14, así mismo, también la Resolución 2542 de 1969 de las Naciones Unidas y la Observación general 6.

B. Ley Estatutaria 1751 de 2015

La Ley 1751 de 2015 fue fruto de debates constantes, propuestas presentadas por la sociedad civil y el Estado, dentro de las cuales se destacan las de la ANSA, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas de la Salud, la Secretaría Distrital de salud de la ciudad de Bogotá, los congresistas de diversos sectores políticos y el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Ley se sometió a la revisión constitucional de la Corte Constitucional y fue declarada exequible con considerandos e inexequibilidades parciales que se encuentran en la Sentencia C-313 de 2014. En dicha sentencia, como ya se enunció en el literal a del capítulo I, se expone la necesidad de legislar vía leyes ordinarias, como por otras vías normativas "(…) *las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad.*"

Una relación de cada artículo de la Ley estatutaria permite un principio de interpretación para enmarcar el Sistema de Salud propuesto en este proyecto.

La Ley Estatutaria de Salud, ordena un sistema inclusivo, que impone un principio de universalidad, de igualdad en el acceso a servicios de salud, con garantía de la autonomía profesional, el respeto por el trabajo digno del personal que presta los servicios de salud, la atención inmediata de las urgencias y como parte del derecho se reconocen los determinantes sociales de la salud como los definió la Observación General 14 de la Organización de Naciones Unidas del año 2000.

Para garantizar este marco normativo se debe ajustar el diseño institucional instaurado por la Ley 100 de 1993 y reafirmado por sus reformas posteriores, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, y el intento de continuar en esta línea mediante el Proyecto de Ley 010 del Senado de la República y 425 de Cámara de Representantes, que fue archivado en el contexto de las peticiones del paro nacional del 2021.

II. SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de seguridad social en salud de Colombia después de la Constitución de 1991 se diseñó con el objetivo de intervenir para la redistribución de la riqueza y el cumplimiento de los principios de dignidad humana, igualdad, universalidad, eficiencia y solidaridad[6], todo ello enmarcado dentro del concepto de Estado de Bienestar. En el artículo 49 de la Constitución Política se estableció que el derecho a la salud está en cabeza del Estado, para garantizar *"acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud"*, así mismo, el Estado debe ser quien hace las funciones de *"dirección, coordinación y control*[7]*"*.

El Sistema de Seguridad Social en Salud que se orientó a dar alcance a la Constitución en estos mandatos debe ser evaluado desde sus resultados y, la descripción del modelo económico establecido en el sistema de salud.

A. Resultados del Sistema de Salud en Colombia

El modelo del sistema de salud adoptado desde 1993 pretendió garantizar los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad que establece el artículo 48 de la Constitución Política, cobertura con acceso oportuno y de calidad, en pro de disminuir la mortalidad y aumentar los años de calidad de vida saludable, todo lo anterior, a través de la cobertura universal del servicio por medio de la afiliación de toda la población dentro del régimen contributivo y el régimen subsidiado.

Bajo el nuevo modelo, correspondía al Estado regular, analizar, inspeccionar y controlar el desempeño y los resultados de la interacción entre las EPS, las IPS y los entes territoriales, desde la gestión del riesgo individual, operativo y colectivo.

1. Indicadores trazadores de la situación de salud

6 Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia

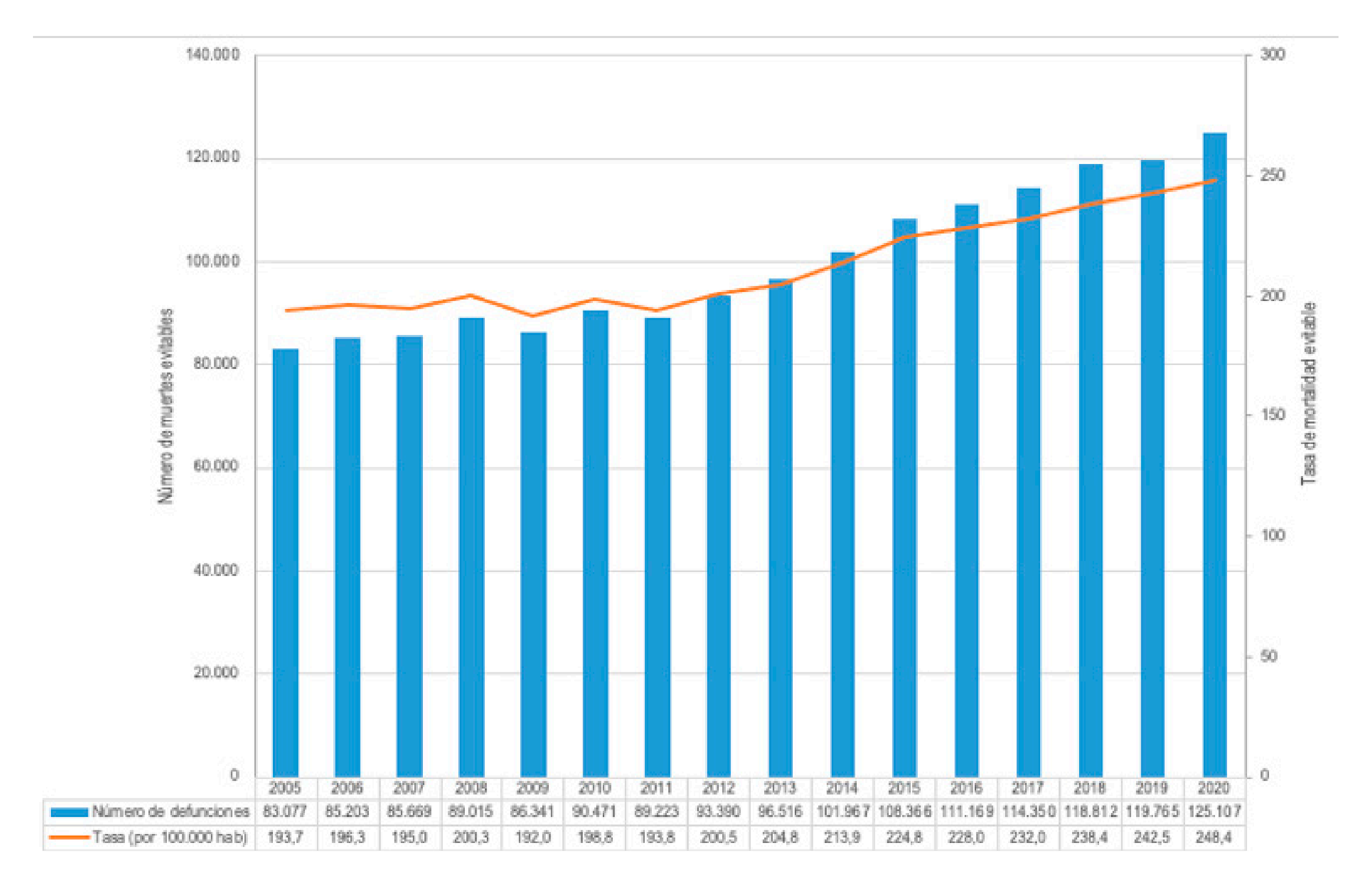
7 Ibidem

Desde la vigencia del modelo de salud instaurado por la Ley 100 de 1993 se han logrado avances importantes que se reflejan en los indicadores de morbi-mortalidad, han bajado algunos de los indicadores trazadores de salud acercándose a la media internacional, la afiliación supera el 98% de la población y por lo menos en las zonas urbanas de ciudades grandes e intermedias los valores de atención de la enfermedad han crecido y el Estado ha aumentado casi tres veces el presupuesto en salud desde 1994.

Mortalidad. Sin embargo, las cifras aportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social muestran que entre 2005 y 2020 en Colombia se produjeron en promedio 242.042 muertes al año; durante este periodo la tasa de mortalidad aumentó en un 31,7%, pasando de 455,3 a 597,2 muertes por cada 100.000 personas, que corresponde a 81.381 muertes más en 2020 que en 2015.

Mortalidad evitable. De acuerdo al Sistema de Estadísticas Vitales liderado por este Ministerio el 46,6% de las muertes reportadas, entre 2005 a 2020, fueron muertes evitables[8], esto equivale a 1.598.441 personas (Gráfico 1). En 2020, Tolima

(348,8), Quindío (345,8), Risaralda (324,3), Caldas (308,8), Valle del Cauca (307,6) y Boyacá (294,8) presentaron las tasas de mortalidad evitable por 100.000 personas más altas, siendo estadísticamente superiores al valor nacional, con un nivel de confianza del 95% (cuadro 2).



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de defunciones	83.077	85.203	85.669	89.015	86.341	90.471	89.223	93.390	96.516	101.967	108.366	111.169	114.350	118.812	119.765	125.107
Tasa (por 100.000 hab)	193,7	196,3	195,0	200,3	192,0	198,8	193,8	200,5	204,8	213,9	224,8	228,0	232,0	238,4	242,5	248,4

Gráfico 1 Distribución de la mortalidad evitable en población general, Colombia 2005 a 2020

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 19 de septiembre de 2022

8 Diagnósticos utilizados según clasificación de Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: Analysis of mortality amenable to health care, presentado en el Informe 11 – INS, consultado en

https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf

Entidad territorial	2020
Antioquia	244,9
Atlántico	276,1
Bogotá, D.C.	212,4
Bolivar	258,1
Boyacá	294,8
Caldas	308,8
Caquetá	198,5
Cauca	225,3
Cesar	195,8
Córdoba	224,2
Cundinamarca	238,7
Chocó	132,5
Huila	270,5
La Guajira	144,7
Magdalena	239,5
Meta	232,3
Nariño	246,2
Norte de Santander	264,3
Quindio	345,9
Risaralda	324,3
Santander	251,2
Sucre	249,2
Tolima	348,8
Valle del Cauca	307,6
Arauca	196,1
Casanare	152,6
Putumayo	174,6
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	208,8
Amazonas	153,1
Guainia	152,1
Guaviare	140,8
Vaupés	78,3
Vichada	76,1
Colombia	248,4

(amarillo)	Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en el departamento y el indicador nacional.
(rojo)	Cuando la diferencia relativa es mayor que uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en el departamento comparado con el indicador nacional.
(verde)	Cuando la diferencia relativa es menor que uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en el departamento comparado con el indicador nacional.

Tabla 1 Tasa de mortalidad evitable1 en población general por entidad territorial, Colombia 2020
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 19 de septiembre de 2022

Con relación a la evitabilidad[9] de las muertes en menores de 5 años, se evidencia que, para el mismo periodo, se redujo la tasa de mortalidad por 100.000 nacidos vivos, pasando de 1.526,2 a 845,6, es decir disminuyó en un 55,4%, entre 2005 a 2020. El total de muertes evitables en menores de 5 años fue de 121.317, con un promedio de 7.582 muertes evitables por año (Gráfico 2). Para 2020, 16 de los 32 departamentos (48,4%) presentaron tasas significativamente más altas que la media nacional, de esta forma encabezan la lista los departamentos de Vichada (2.109,9), Chocó (1.894,5), La Guajira (1.744,3), Guainía (1.712,7) y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (1.581,0) (Cuadro 3).

9 Lista de causas potencialmente evitable en menores de 5 años, Rojas – Botero.Mayle et col, consultado en: https://www.scielo.br/j/csp/a/GLpnf4YbGFwBCkqz9cWcQ8D/abstract/?lang=es

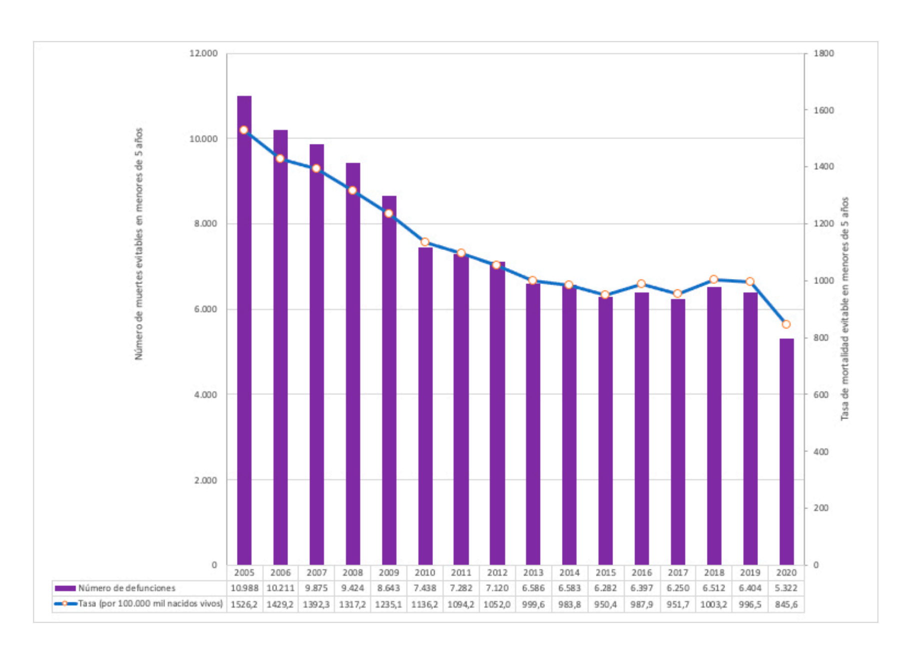


Gráfico 2 Distribución de la mortalidad evitable2 en menores de 5 años por 100.000 nacidos vivos (Colombia 2005 a 2020)

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 19 de septiembre de 2022

Entidad territorial	2020
Antioquia	624,1
Atlántico	1187,3
Bogotá, D.C.	601,3
Bolívar	948,6
Boyacá	656,9
Caldas	642,6
Caquetá	636,9
Cauca	826,8
Cesar	993,2
Córdoba	1065,9
Cundinamarca	679,9
Chocó	1894,5
Huila	630,5
La Guajira	1744,3
Magdalena	940,0
Meta	807,8
Nariño	825,2
Norte de Santander	779,3
Quindío	810,0
Risaralda	1075,8
Santander	522,6
Sucre	737,9
Tolima	825,8
Valle del Cauca	737,9
Arauca	844,4
Casanare	962,8
Putumayo	951,8
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1581,0
Amazonas	1235,7
Guainía	1712,7
Guaviare	1181,1
Vaupés	1339,3
Vichada	2109,9
Colombia	845,6

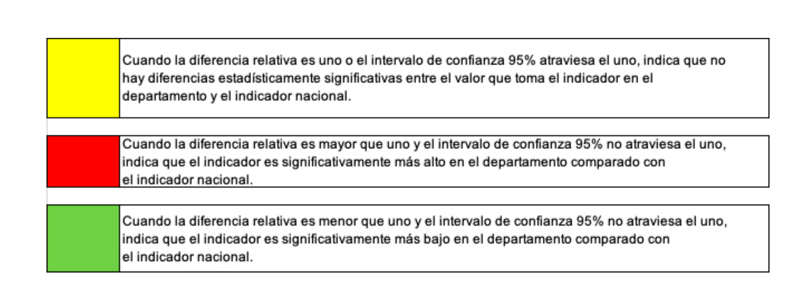


Tabla 2 Tasa de mortalidad evitable1 en menores de 5 años (por 100.000 nacidos vivos) por entidad territorial, Colombia 2020
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 19 de septiembre de 2022

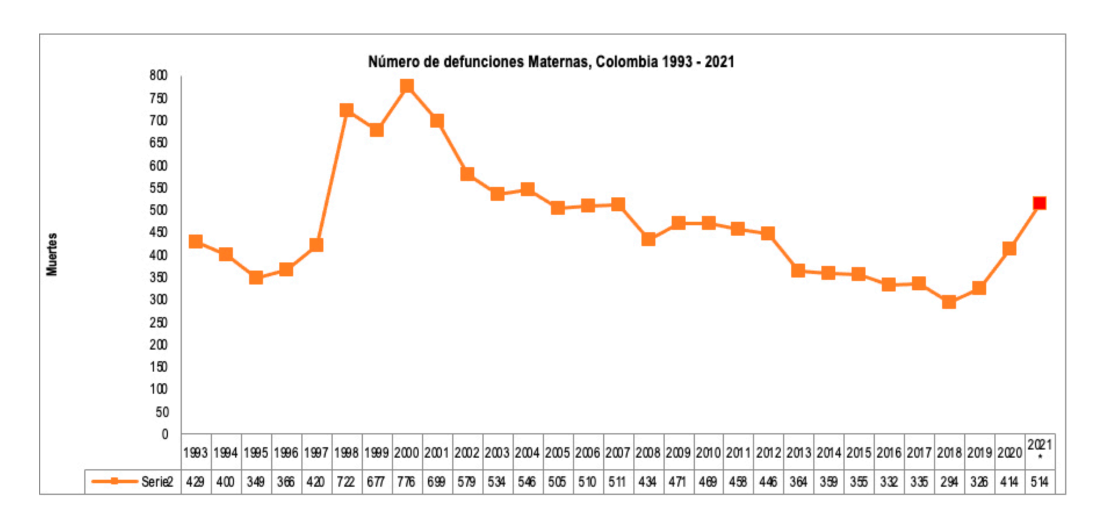
Cumplimiento de metas del país frente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Durante el periodo de 1993-2020 se analizan algunos indicadores seleccionados por su impacto en la salud, como por la capacidad de gestionar el riesgo para evitarlo por parte del sistema de salud asociados a los Objetivos del Milenio ODM y los **Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS**.[10]

Mortalidad materna. La mortalidad materna se encuentra asociada a la falta o el bajo número de controles prenatales y la calidad de los mismos, planificación familiar previa al embarazo, detección del riesgo obstétrico en el primer trimestre y mecanismos que garanticen la prestación de servicios de alta complejidad para mujeres gestantes durante el parto, cuyos elementos se encuentran asociados a la prestación de servicios de salud. Frente a la accesibilidad a los servicios de salud para la prevención, predicción y atención de la mortalidad materna, se debe tener en cuenta que para el año 2015 se esperaba cumplir, según los ODM, la razón de mortalidad de 45 sobre 100.000 y se arrojó una media de razón de mortalidad de 53,7 sobre 100.000.

Respecto a los ODS, Colombia debe llegar en el año 2030 a razón de mortalidad materna de 32 sobre 100.000, para el 2020 debería tener razón de mortalidad materna de 51 sobre 100.000 y se encuentra en 66,7 sobre 100.000. Hasta el momento Colombia no ha logrado cumplir las metas internacionales para evitar la mortalidad materna en Colombia, siendo aún más gravosa en zonas dispersas o poblaciones vulnerables, como se evidencia en los datos del año 2020: Chocó con 199,37/100.000, La Guajira 177,18/100.000, Amazonas 191,75/100.000, Guainía 323,97/100,000 y Vichada con

201,48/100.000. Así mismo, cifras similares se podrían encontrar en algunos barrios de ciudades grandes e intermedias, según los estratos sociales y posibilidades económicas de acceso a buenos servicios de salud, por ejemplo, para el año 2021 en Barrios Unidos (Bogotá) las cifras eran de 204,5 /100.000 y en Los Mártires (Bogotá) 193,8/100.000, nada cercano a la media de Bogotá, que para el año 2020 era de 31,52/100.000.

Entre los años 1993 a 2021[11], frente al número de muertes maternas se encontró lo siguiente:



	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Serie2	429	400	349	366	420	722	677	776	699	579	534	546	505	510	511	434	471	469	458	446	364	359	355	332	335	294	326	414	514

Gráfico 3 Número de muertes maternas entre 1993-2021

Fuente: Estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE.

Los datos generales indican que las cifras de mortalidad materna en términos generales mantienen la misma media de muertes por año desde 1993 hasta 2021. Como también, si el análisis se hiciera conforme a la información soportada desde

10 Se deja como salvedad, que, las series de tiempo se deben valorar con la siguiente advertencia: con relación a la mortalidad materna, las series presentan cambios en los formatos de captura de información del DANE (certificados de defunción y de nacido vivo, en el sistema de registro civil y estadísticas vitales), que ocurrió en el año 1998, además de los cambios en la clasificación de enfermedades, dado que en este mismo año se adoptó la 10ma revisión del CIE. Por ello, los dato antes y después de 1998, no pueden ser comparados.

11 Los datos del año 2021 son preliminares dentro de las reglas de verificación de la información que se realizan entre la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE.

el año 1998 a 2021 sobre la tasa, las cifras no cambian en gran proporción, aun cuando ha bajado la tasa de natalidad poblacional como se observa en la gráfica 4.

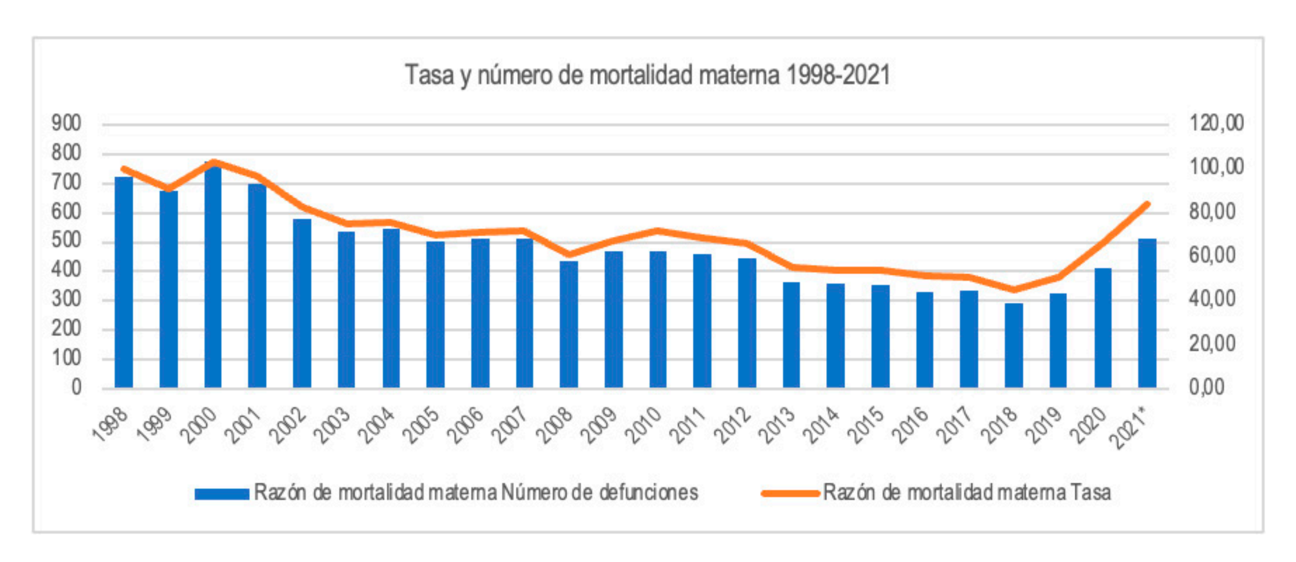
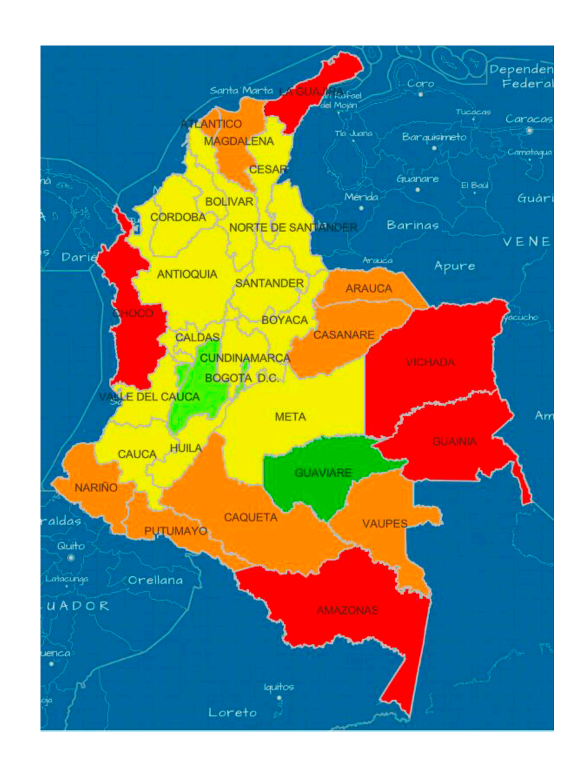


Gráfico 4 Tasa x 100.000 habitantes y número de muertes maternas 1998-2021[12]

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Comportamiento de la tasa de Mortalidad Materna en Colombia 2020 por departamento



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). Indicadores calculados a partir de fuentes integradas en SGD 2021

12 Los datos aquí expuestos hacen parte de la información preliminar de SISPRO para el año 2021

Lo más gravoso, de la situación de mortalidad materna, se encuentra en dos aspectos: (i) el 90% de ellas son muertes evitables y (ii) el acceso inequitativo de servicios de salud sigue afectando más a las mujeres de los departamentos como Guajira, Chocó, Amazonas, Guainía y Vichada, sugiriendo brechas de inequidad potencialmente evitables con intervenciones estructurales a corto, mediano y largo plazo. Así mismo, tanto Vichada como Chocó siguen contando con cifras de afiliación al sistema inferiores frente a otros territorios de Colombia, como se expuso anteriormente.

Así mismo, dentro de los países que hacen parte de la OCDE, Colombia es el país la razón de mortalidad materna más elevada:

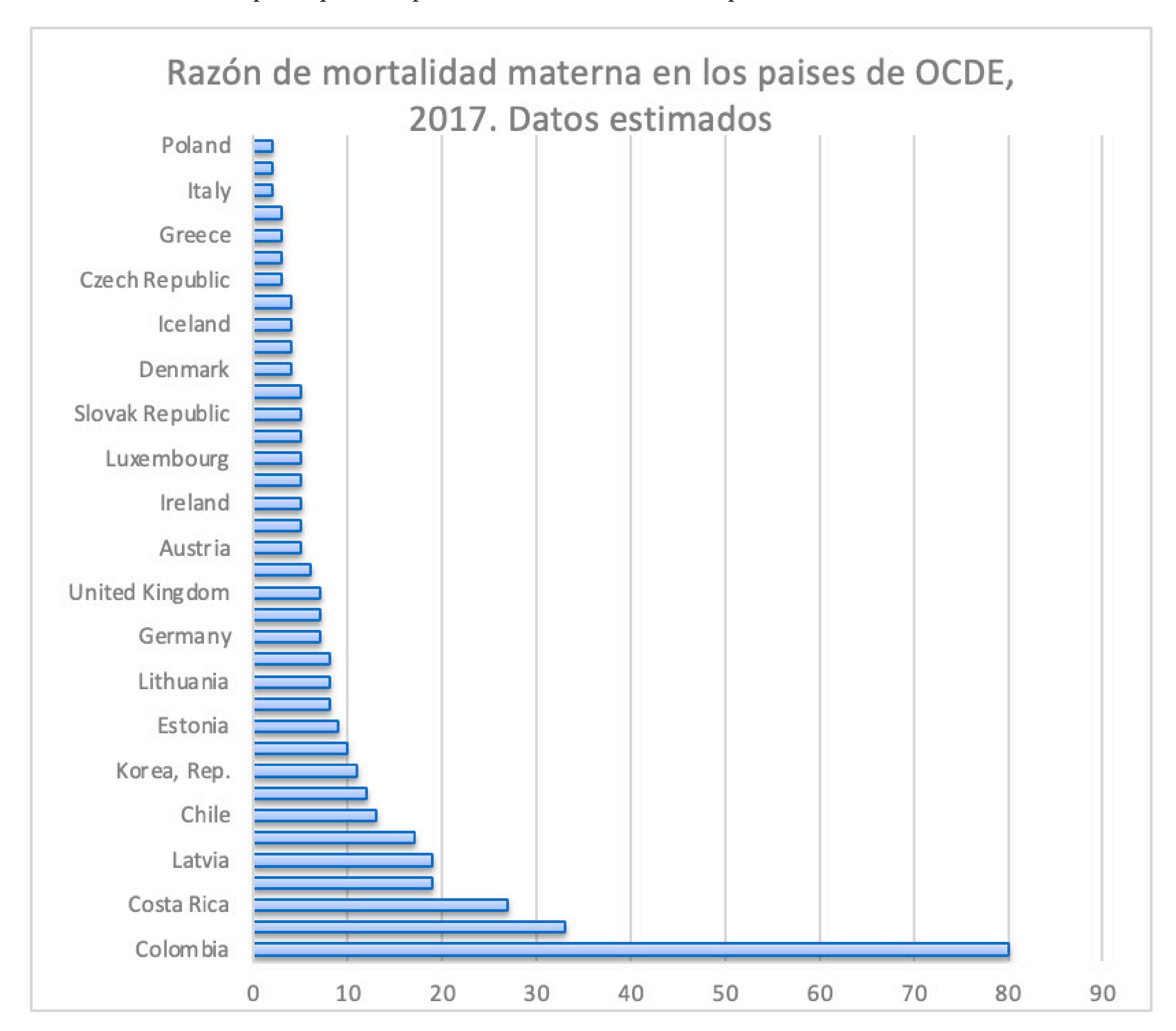
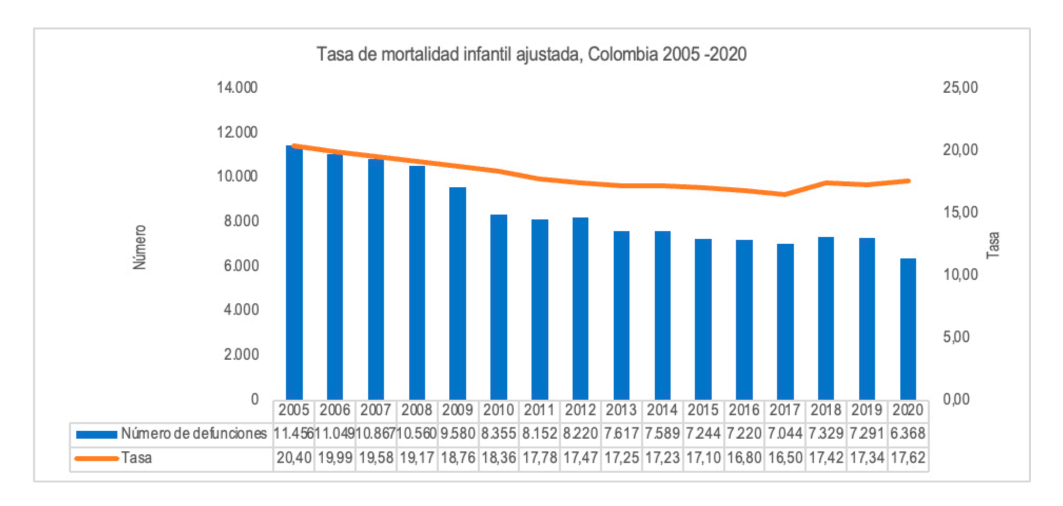


Gráfico 5 Razón de mortalidad materna en los países de OCDE, 2017
Fuente: Estimaciones grupo Inter agencial OMS, UNICEF UNFPA 2017

Mortalidad infantil. La mortalidad infantil (menores de 1 año) de 1993 a 2021, en especial la perinatal (de las 28 semanas de gestación hasta los primeros 7 días de vida) está asociada a deficiencias en el control prenatal y la calidad del mismo para identificar los riesgos obstétricos en el primer semestre de gestación, que permita minimizar riesgos de pérdidas o dificultades en el proceso de gestación y de nacimiento del bebé, como de la madre. Así mismo, la mortalidad neonatal temprana, que va desde los 8 días hasta los primeros 30 días de vida, son ocasionadas por deficiencias en los procesos de adaptación y de cuidados del bebé. Y del primer mes hasta los 11 meses y 29 días de vida se relacionan más al medio ambiente donde habita el bebé, siendo las primeras causas la enfermedad diarreica aguda, las enfermedades respiratorias agudas y las caídas accidentales.

La mortalidad infantil desde el año 2005 a 2021 (Gráfica 7) ha bajado a casi la mitad desde el año 2005 frente a al año 2021, pese a lo cual 2021, de acuerdo a las cifras preliminares de SISPRO, murieron 6.368 niños menores de 1 año.

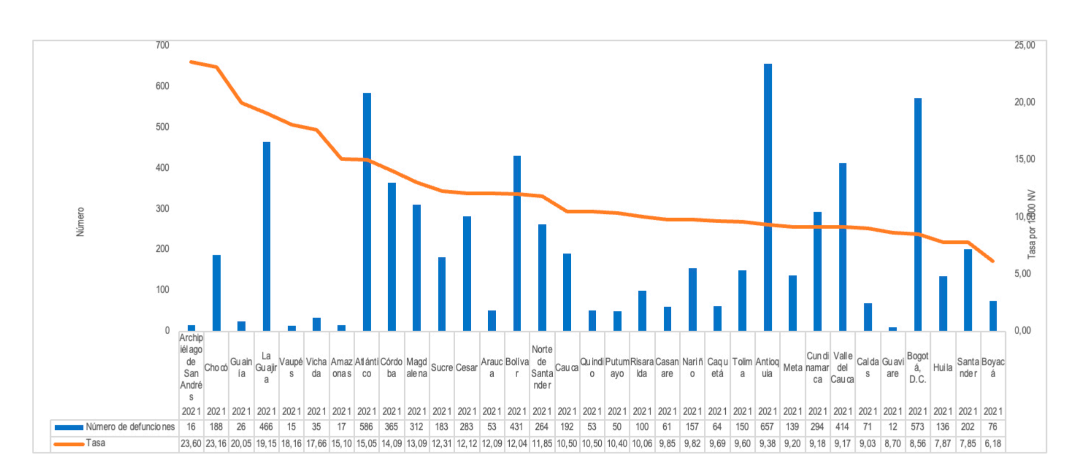


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de defunciones	11.456	11.049	10.867	10.560	9.580	8.355	8.152	8.220	7.617	7.589	7.244	7.220	7.044	7.329	7.291	6.368
Tasa	20,40	19,99	19,58	19,17	18,76	18,36	17,78	17,47	17,25	17,23	17,10	16,80	16,50	17,42	17,34	17,62

Gráfico 6 Número y tasa de mortalidad infantil 2005-2020

Fuente: Estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE.

La tasa de mortalidad infantil ha mejorado y se comporta cerca al valor internacional esperado, lo cual contrasta con la desigualdad e inequidad por departamento (gráfica 8), en donde se evidencia la falta de acceso a los servicios de salud, como en el Chocó, Guainía, San Andrés, La Guajira y Vaupés, con 23,16/1.000, 20.05/1.000, 23,60/1.000, 19,15/1.000 y 18,6/1.000, doblando y hasta triplicando la tasa de Santander (7,85), Bogotá D.C. (8,56), Boyacá (6,18), Huila (7,87), entre otras.   Así mismo, no deja de sorprender que en ciudades como Bogotá y en departamentos como el Atlántico, las cifras de muertes sean de más de 500, cuando cuentan con prestadores de salud y EPS o EAPB dentro de sus territorios, pudiendo con ello garantizar la vida de la población con el acceso oportuno y de calidad de los servicios. Así mismo, las cifras sugieren la necesidad de una intervención inmediata en el Chocó y La Guajira con 188 y 466 muertes de niñas y niños menores de 1 año en el 2021, en los cuales los determinantes sociales de salud y el acceso a servicios de salud son inadecuados, con imposibilidad de prestar servicios de alta complejidad, en caso de requerirse.



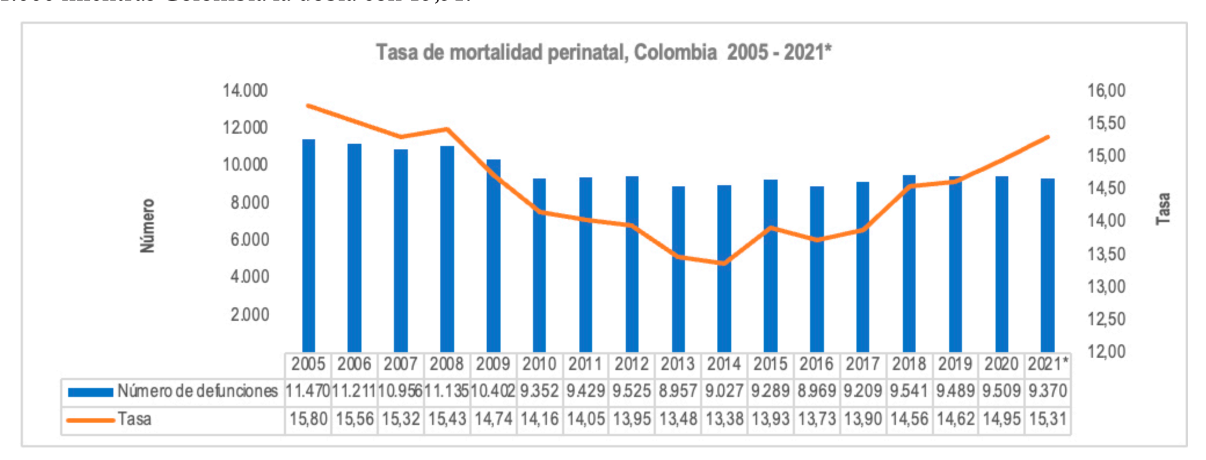
	Archipiélago de San Andrés 2021	Chocó 2021	Guainía 2021	La Guajira 2021	Vaupés 2021	Vichada 2021	Amazonas 2021	Atlántico 2021	Córdoba 2021	Magdalena 2021	Sucre 2021	Cesar 2021	Arauca 2021	Bolívar 2021
Número de defunciones	16	188	26	466	15	35	17	586	365	312	183	283	53	431
Tasa	23,60	23,16	20,05	19,15	18,16	17,66	15,10	15,05	14,09	13,09	12,31	12,12	12,09	12,04

	Norte de Santander 2021	Cauca 2021	Quindío 2021	Putumayo 2021	Risaralda 2021	Casanare 2021	Nariño 2021	Caquetá 2021	Tolima 2021	Antioquia 2021	Meta 2021	Cundinamarca 2021	Valle del Cauca 2021	Caldas 2021	Guaviare 2021	Bogotá, D.C. 2021	Huila 2021	Santander 2021	Boyacá 2021
Número de defunciones	264	192	53	50	100	61	157	64	150	657	139	294	414	71	12	573	136	202	76
Tasa	11,85	10,50	10,50	10,40	10,06	9,85	9,82	9,69	9,60	9,38	9,20	9,18	9,17	9,03	8,70	8,56	7,87	7,85	6,18

Gráfico 7 Tasa de mortalidad en menores de un año, por departamento - 2021[13]
Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). Indicadores calculados a partir de fuentes integradas en SGD 2022.

13 Los datos aquí expuestos hacen parte de la información preliminar de SISPRO para el año 2021

Mortalidad perinatal. La variación en la tasa de mortalidad perinatal arroja una desde el 2005 de 0,49 puntos (pasando de 15,80 a 15,31 X 1.000) y ha pasado de 11.470 a 9.370 casos (gráfica 9). España para el año 2021 arroja una tasa de 7,5/1.000 mientras Colombia la dobla con 15,31.

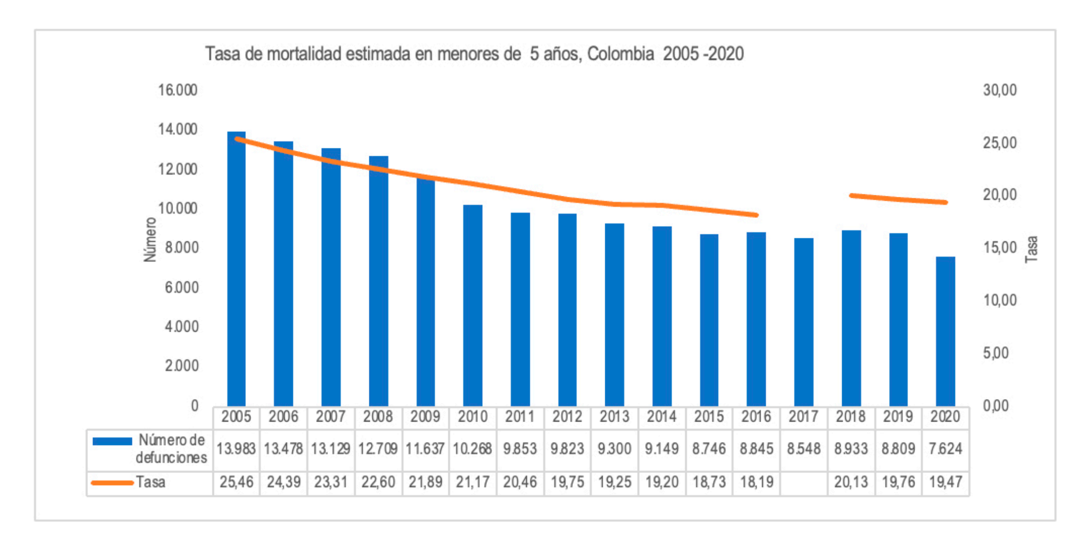


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Número de defunciones	11.470	11.211	10.956	11.135	10.402	9.352	9.429	9.525	8.957	9.027	9.289	8.969	9.209	9.541	9.489	9.509	9.370
Tasa	15,80	15,56	15,32	15,43	14,74	14,16	14,05	13,95	13,48	13,38	13,93	13,73	13,90	14,56	14,62	14,95	15,31

Gráfico 8 Número y tasa de mortalidad perinatal de 2005-2021 (28 semanas-7 primeros días de nacidos vivos)
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

La mortalidad de los niños desde el primer año a los 5 años, están asociadas principalmente a la desnutrición, problemas diarreicos, enfermedades respiratorias, problemas de salud desde la etapa prenatal, accidentes externos, infecciones, cuidados al nacer y anomalías congénitas. Es decir, una buena parte de las causas de muerte en este rango de edad se relacionan con los determinantes sociales de salud y cómo el sistema de salud logra llegar a tiempo para atender a los menores de 5 años.

Sin embargo, es importante resaltar que en los últimos 15 años han bajado las tasas de mortalidad de la niñez en 5,99 puntos, pasando de 25,46/1.000 a 19,47/1.000, (gráfica 9). Los lugares donde la tasa es más alta en el 2020 son aquellos que territorios que cuentan con insuficiente acceso a servicios de salud, Chocó (33,56/1.000), Guainía (30,24/1.000), Vichada (30,89/1.000) y La Guajira (22,47/1.000). Cuando la mortalidad de la niñez se revisa por el número de muertes, 7.624 en el año 2020, la proporción también cambia, por lo cual tienen peor desempeño Antioquia (656), Atlántico (659), Bogotá (766) y La Guajira (482), que, este último, a pesar de no ser un territorio con mayor población, sigue siendo una de las que más sufren las muertes de la niñez. Ahora bien, sobre las metas propuestas por los ODS Colombia tampoco lo alcanza, en el año 2020 debería estar en 18 y se encontraba en 19,47, para el 2030 se debe llegar a 15/1.000.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de defunciones	13.983	13.478	13.129	12.709	11.637	10.268	9.853	9.823	9.300	9.149	8.746	8.845	8.548	8.933	8.809	7.624
Tasa	25,46	24,39	23,31	22,60	21,89	21,17	20,46	19,75	19,25	19,20	18,73	18,19		20,13	19,76	19,47

Gráfico 9 Número y tasa de mortalidad estimada en menores de 5 años de 2005-2020
Fuente: Estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE

Mortalidad por cáncer menores 18 años. La mortalidad por cáncer en menores de 18 años ha sido una preocupación constante para la sociedad y el Estado, por lo que se diseñaron normas que permitieran el giro directo y una atención inmediata, en especial, a partir de la Ley 2026 de 2022, a través del Decreto 647 de 2022. La tasa y el número de muertes es sostenida en el tiempo, sin encontrar una mejoría. De acuerdo con datos de Globocan para el 2020 se estimaron para Colombia cerca 2.211 niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer, de estos el 35.1% corresponden a leucemias, y de acuerdo a las cifras del Ministerio de Salud y Protección Social murieron 631 niñas, niños y adolescentes por cáncer, es decir el 28,54%, encontrándose dentro de la media internacional de los países en vía de desarrollo. Para lograr estar dentro de los estándares de los países con mejores condiciones socioeconómicas, se deberá llegar a salvar el 80%[14] de los niños, niñas y adolescentes con cáncer.

Con respecto al comportamiento de la mortalidad por cáncer infantil, la tasa cruda de mortalidad en menores de 18 años ha tenido un comportamiento estable en el país, pasando en el 2005 de 4,57 menores fallecidos por cada 100.000 habitantes menores a 4,41 menores fallecidos por 100.000 habitantes menores en el 2020 (6). En el caso de la Leucemia Linfoblástica Aguda, la tasa cruda de mortalidad ha tenido un descenso más notorio, pasando en el 2005 de 0,908 fallecidos a 0,637 fallecidos por cada 100.000 habitantes menores en el 2020 (dato preliminar).

De igual manera, según datos de Vigicáncer, se encuentra un incremento de la supervivencia global de Leucemias agudas pediátricas del periodo 2007 - 2011 y 2012- 2016 subiendo del 57.3% al 57.7%, lo cual está relacionado principalmente con avances importantes en la cobertura del aseguramiento, incorporación de nuevas tecnologías y tratamientos, atención en centros especializados de alta calidad y talento humano entrenado, entre otros.

Cáncer infantil. Para el cáncer infantil, durante el periodo 2016- 2020, según reporte de la Cuenta de Alto Costo, se observó una disminución de 7 días entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica, pasando de una media de 34 días en 2016 a 27 días en 2020, y una disminución de 24 días en la oportunidad entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento; de una media de 42 días en 2016 se pasó a 17 días en 2020; lo anterior también se observó en el principal tipo de cáncer en esta población, la Leucemia Linfoide Aguda que con respecto a la oportunidad de diagnóstico pasó de una media de 17 días en 2016 a 9 días en el 2020 y en cuanto a la oportunidad de tratamiento fue más marcado el descenso ya que pasó de una media de 55 días en 2016 a 12 días en el 2020 (8,9).

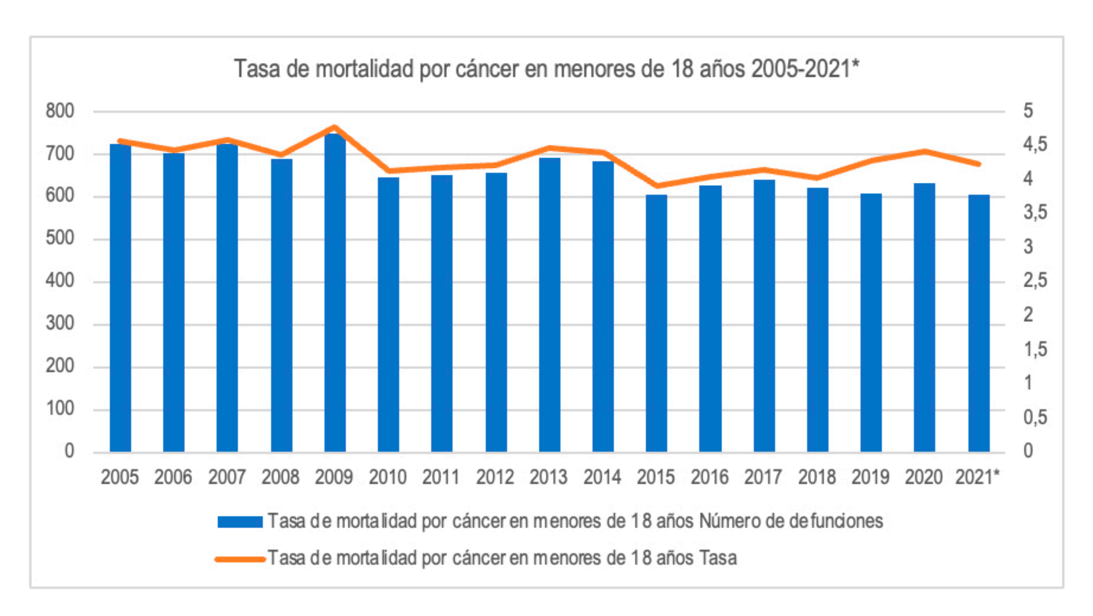


Gráfico 10 Número y tasa de mortalidad por cáncer en menores de 18 años de 2005-2021*

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

14 Ver el siguiente enlace: https://www.paho.org/es/campanas/dia-internacional-cancer-infantil2021#:~:text=C%C3%A1ncer%20infantil%20en%20la%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%20y%20 en%20el%20mundo&text=Se%20estima%20que%20el%20c%C3%A1ncer,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20C aribe.

Mortalidad enfermedades crónicas no trasmisibles. La mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles ha ido en aumento como se estimaba años atrás. En el 2005 morían 41.584 y para el 2020 mueren 55.167 personas entre 30-70 años por enfermedades crónicas no transmisibles (gráfica 11), entre las que se encuentra los diversos cánceres (gráfica 12), diabetes (gráfica 13), enfermedades respiratorias (gráfica 14) y problemas cardiovasculares (gráfica 15), enfermedades altamente ligadas a los estilos de vida que se llevan frente a la alimentación, deporte, acceso a saneamiento básico y vivienda digna, agua potable, aire limpio, vida sexual y la exposición a productos altamente riesgosos para la vida de las personas, entre otras. En el año 2020 murieron 24.900 personas por tumores, 4.219 por diabetes, 23.844 por enfermedades del sistema circulatorio y 2.204 por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

Se observa que el cáncer es la principal causa de muerte en enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia, así mismo, a nivel mundial se encuentra como una de las causas principales de muerte. Para el año 2018[15] murieron 9,5 millones de por cáncer y fueron diagnosticadas con cáncer 18,1, es decir, alrededor del 50% de los casos terminan en muerte. Para el año 2020 el panorama fue más alentador, 10,1 millones de personas fueron diagnosticadas con algún tipo de cáncer y 5 millones murieron a causa de ello. La OMS estima que si se generan condiciones que protegieran los determinantes sociales antes descritos, se podría reducir entre un 30%-50% los cánceres. Así mismo, preocupa el creciente aumento de muertes por enfermedades del sistema circulatorio, pues de acuerdo a la OMS en el año 2013 la meta fue reducir a nivel mundial para el 2025 en un 25%, es decir, para Colombia sería pasar de 95,85/100.000 a 71,9/100.000, sin embargo, para el año 2020 se ubica en 103,20/100.000.

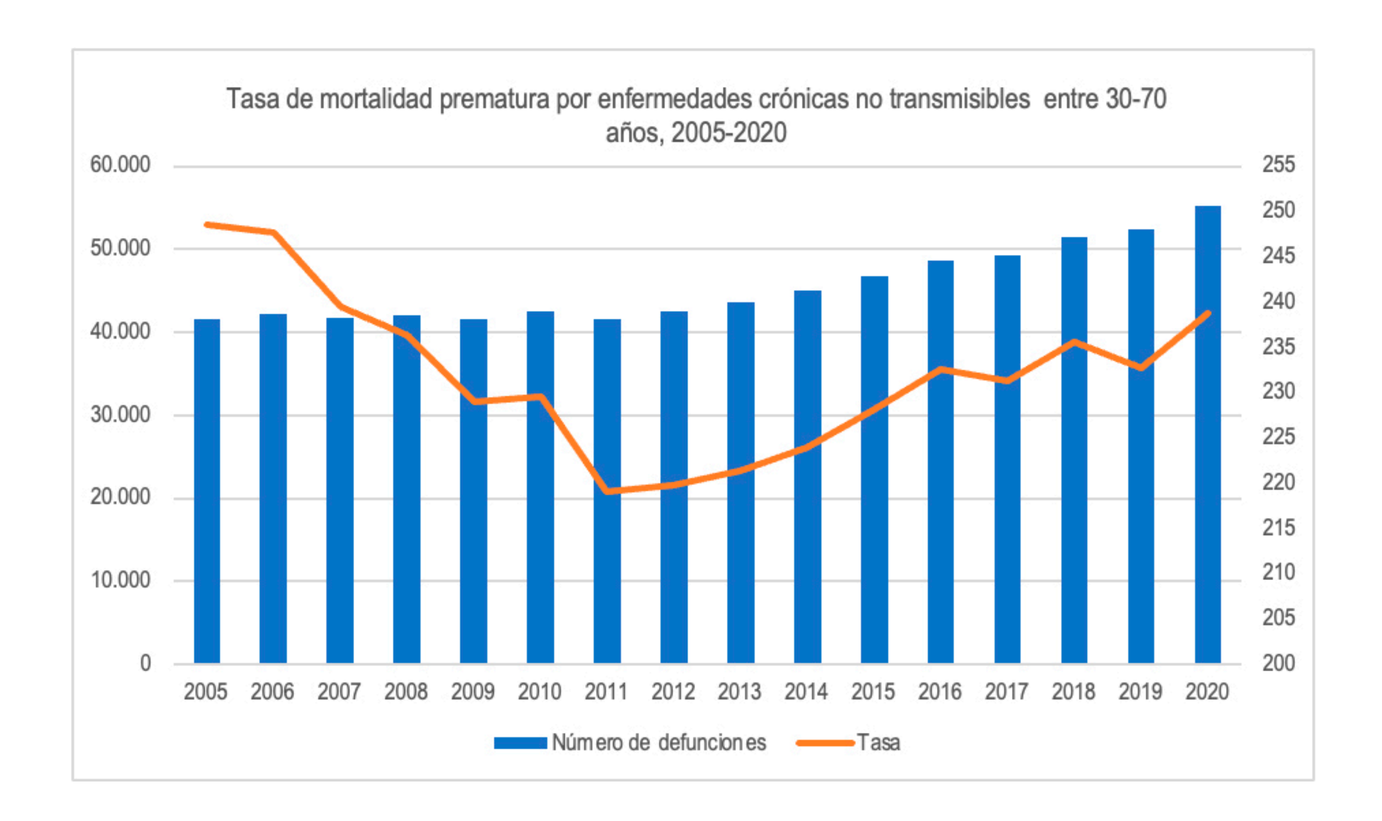
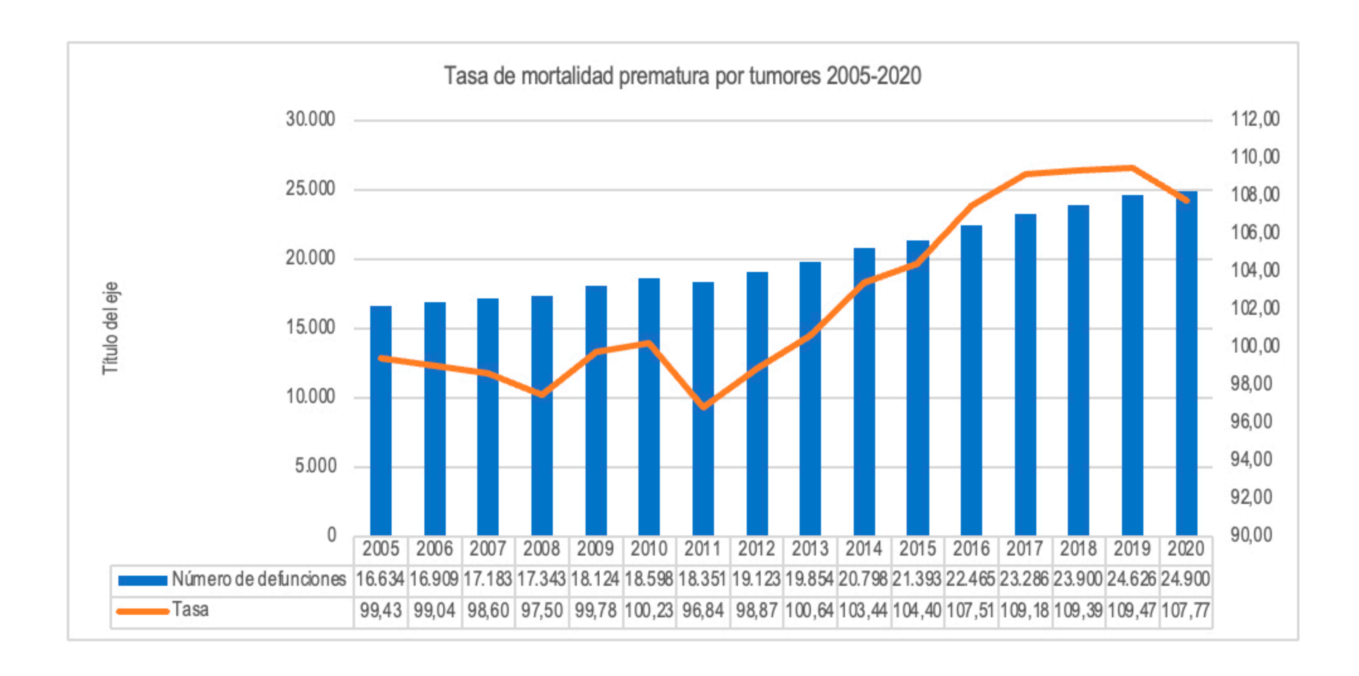


Gráfico 11 Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entre 30-70 años de 20052021*

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

15 Todas las cifras correspondientes a cáncer a nivel mundial fueron tomadas de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer y los estudios mismos de la OMS. Ver link: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de defunciones	16.634	16.909	17.183	17.343	18.124	18.598	18.351	19.123	19.854	20.798	21.393	22.465	23.286	23.900	24.626	24.900
Tasa	99,43	99,04	98,60	97,50	99,78	100,23	96,84	98,87	100,64	103,44	104,40	107,51	109,18	109,39	109,47	107,77

Gráfica 12. Número y tasa de mortalidad prematura por tumores entre 30-70 años de 2005-2021*

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

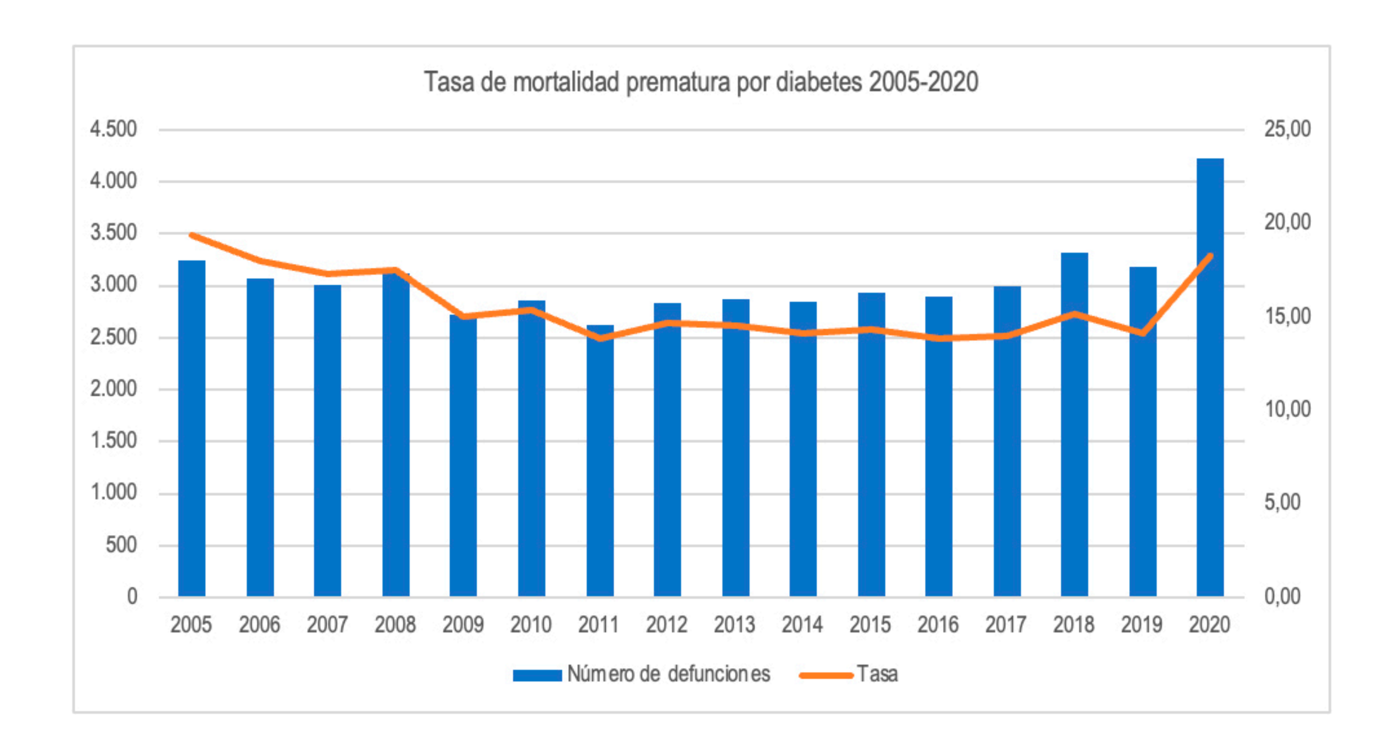
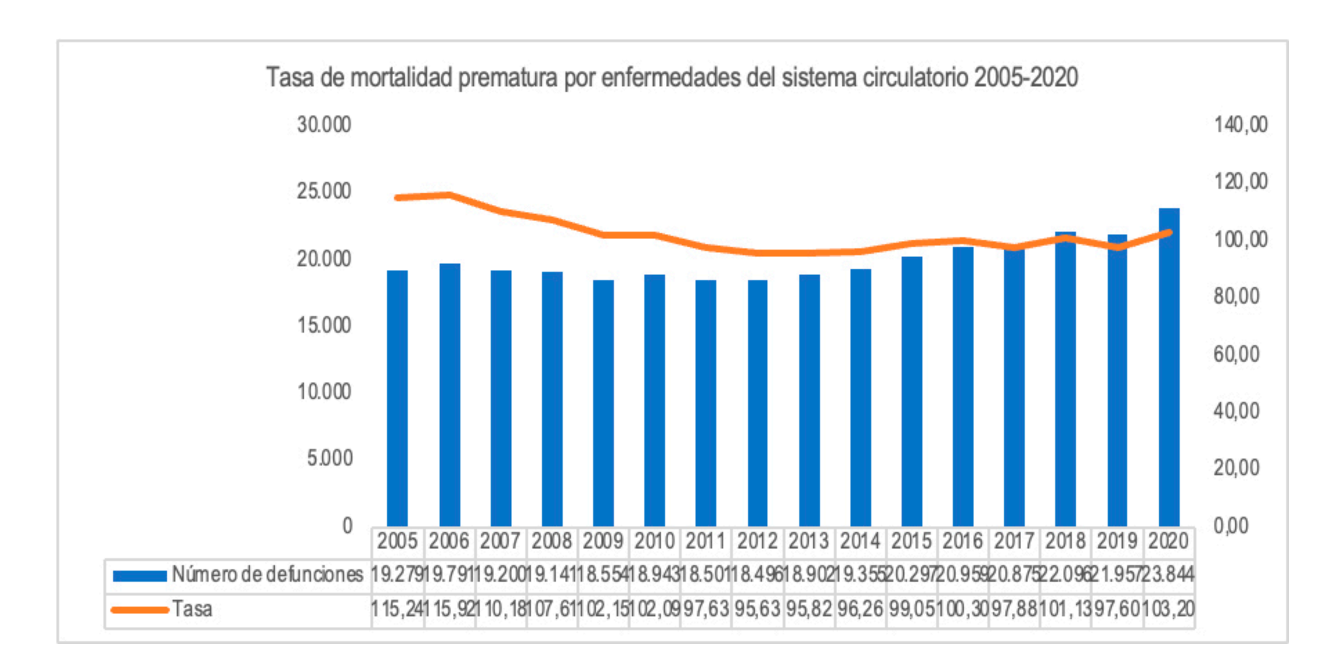


Gráfico 13. Número y tasa de mortalidad prematura por diabetes entre 30-70 años de 2005-2021*

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de defunciones	19.279	19.791	19.200	19.141	18.554	18.943	18.501	18.496	18.902	19.355	20.297	20.959	20.875	22.096	21.957	23.844
Tasa	115,24	115,92	110,18	107,61	102,15	102,09	97,63	95,63	95,82	96,26	99,05	100,30	97,88	101,13	97,60	103,20

Gráfica 14. Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades del sistema circulatoria entre 30-70 años de 2005-2021*



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

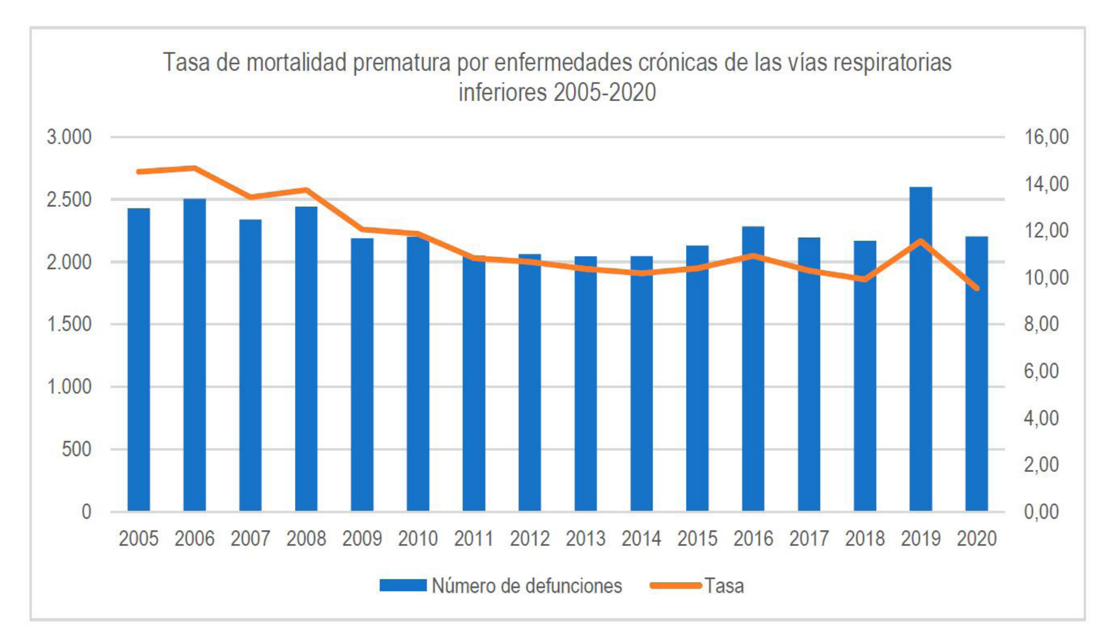


Gráfico 13 Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores entre 30-70 años de 2005-2021*

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Enfermedades mentales. Hay un incremento de las enfermedades mentales por diversas causas. Según el último estudio hecho por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), las condiciones que generan diversos trastornos mentales se encuentran ligados principalmente con las condiciones de violencias de diversa índole, conflicto armado interno, otro tipo de violencias externas, violencia escolar por parte de compañeros, compañeras o profesores, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillos y otras sustancias psicoactivas), eventos traumáticos en cualquier etapa de la vida, falta de involucramiento parental y disfunción familiar.

Dentro de los últimos 12 años, los casos de situaciones derivadas de trastornos mentales y comportamiento ligado al coeficiente intelectual casi han sido cuadruplicada, pasando de 405.124 (2009) casos a 1.543.543 (2021) casos diagnosticados, es decir, puede ser a causa de subregistros en años anteriores o por el crecimiento mismo de las enfermedades mentales o ambas circunstancias, siendo de todas formas preocupante, pues afecta cerca del 3% de la población colombiana. El año con mayor número de personas atendidas por servicios de salud mental fue 2019 con

1.647.573. Es importante resaltar que Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca son los lugares donde más se reportaron casos.

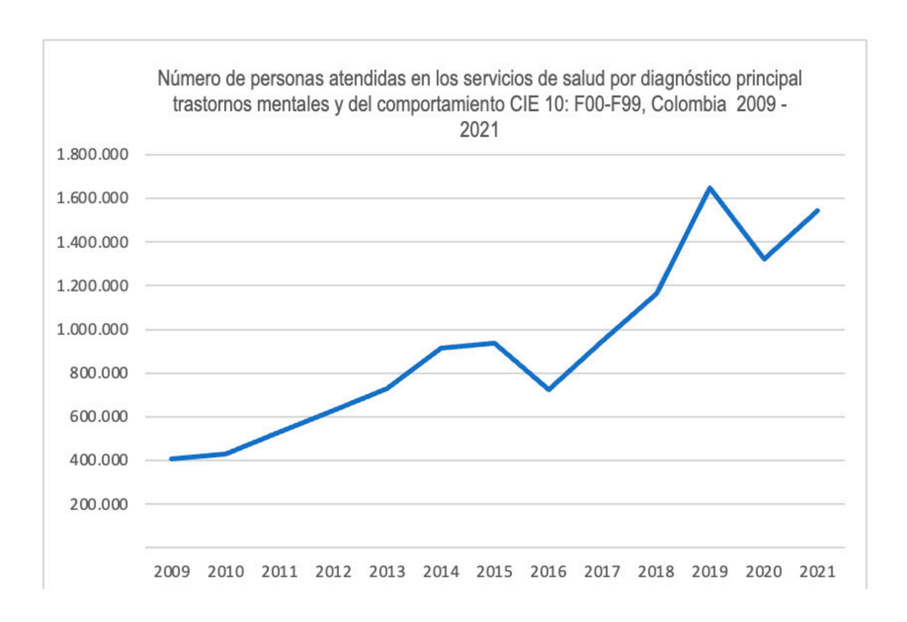


Gráfico 14 Número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal trastornos mentales y del comportamiento CIE 10: F00-F99, Colombia 2009 - 2021

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 2 de noviembre

Año	Número de Personas Atendidas
2009	405.124
2010	429.800
2011	528.343
2012	629.924
2013	729.085
2014	915.734
2015	936.963
2016	721.943
2017	945.954
2018	1.165.248
2019	1.647.573
2020	1.321.382
2021	1.543.543

Tabla 3 Número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal trastornos mentales y del comportamiento CIE 10: F00-F99, Colombia 2009 - 2021

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 2 de noviembre

Así mismo, las muertes por suicidio han aumentado en el último tiempo, para el año 2010 era 2118 casos y hoy son 2748 personas. Como se ve en la siguiente gráfica:

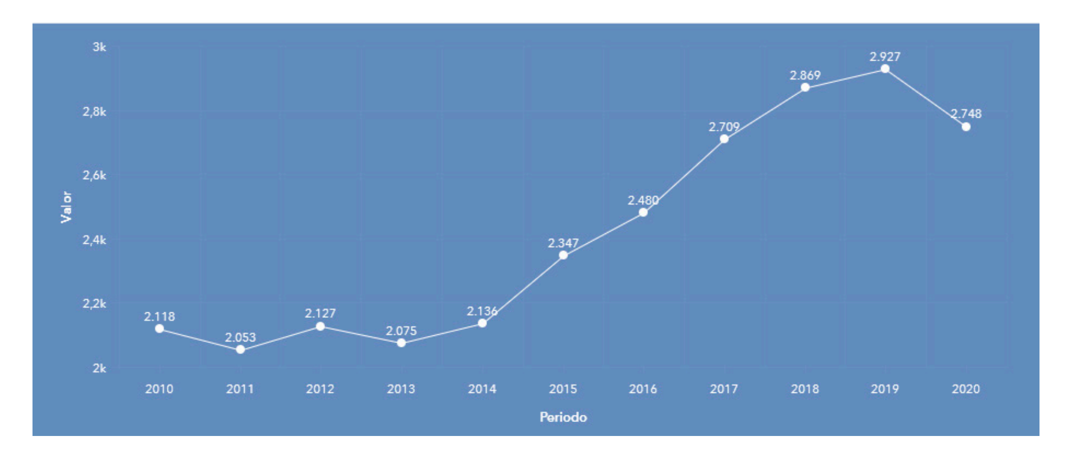


Gráfico 15 Número de personas muertas por lesiones auto infringidas intencionalmente (suicidio) 2010-2020

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). Indicadores calculados a partir de fuentes integradas en SGD.

Población afiliada al sistema de seguridad social en salud. La afiliación de usuarios a los regímenes subsidiado y contributivo, es de 99,1%, en donde el 49,7% es contributivo, el 45,1% subsidiado y el 4,3% de regímenes especiales y de excepción. De esta forma el 1% de los colombianos, no están afiliados, frente a un total de población estimada DANE para 2022 de 51.609.474, aproximadamente 460.220 ciudadanos. Los departamentos con menor porcentaje de afiliación son Vaupés 68.54%, Vichada 69.60%, Cundinamarca 74,36% y Chocó 80.02%.

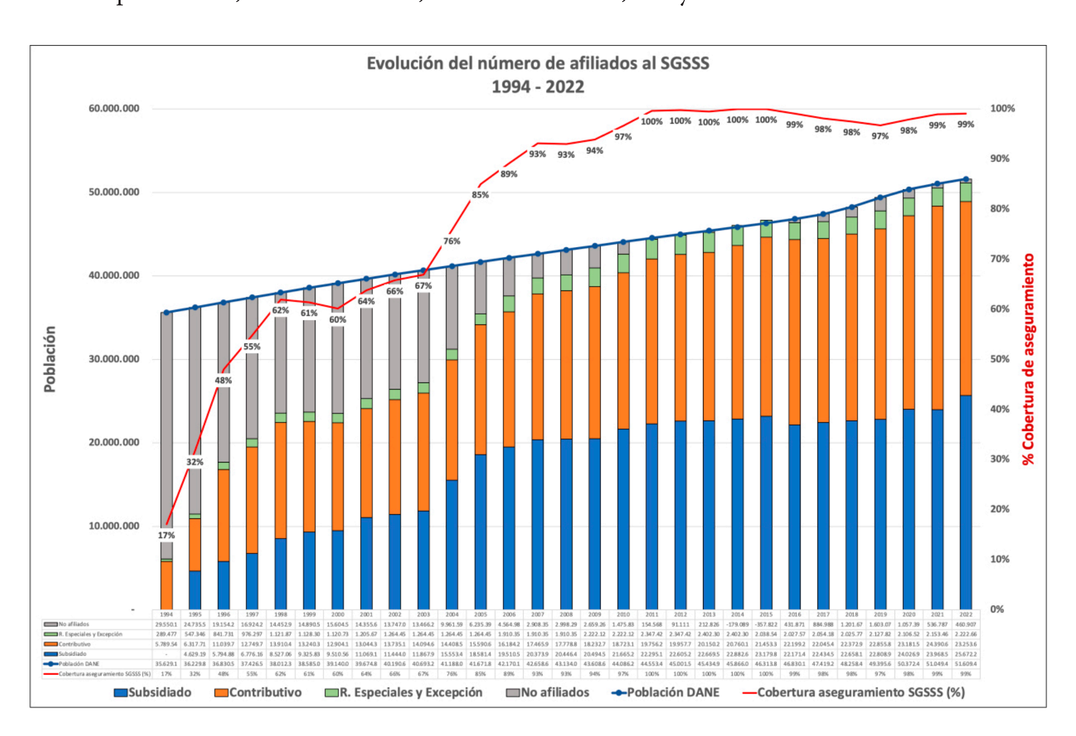


Gráfico 16 evolución número de afiliados al SGSSS 1994-2022

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (1995 - 2022) Artículo: Desempeño financiero y económico de las EPS del régimen contributivo y otros actores de la seguridad social en salud en Colombia, 1993 - 2016 de Carlos Alberto Jaimes en 2009 Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

Síntesis del comportamiento del cumplimiento de metas ODS 2030 por departamentos.

En consonancia con lo descrito en este segmento, se puede advertir que para cada uno de los 30 indicadores comprometidos en las metas de salud dentro de los ODS, consignadas en el documento Conpes 3918 de 2018, existe una importante distancia en el cumplimiento actual para llegar a la meta en 2030, en al menos 16 de los 30 indicadores y se observa además, una diferencia entre los departamentos y regiones del país, que marca las inequidades territoriales, que se convierten en foco de priorización de acciones.

En las siguientes tablas, se aprecia la variación entre territorios, para cada uno de los indicadores organizados en grupos: materno-infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no trasmisibles, salud mental y adicciones, lesiones de causa externa, vacunación, salud mental y coberturas de protección financiera.

REGIONES	Departamento	MATERNO INFANTIL								ENFERMEDADES INFECCIOSAS					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		Razón de mortalidad materna a 42 días	Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales	Tasa de mortalidad Neonatal	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (ajustada)	Tasa de mortalidad infantil (TMI) en menores de un año (ajustada)	Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente	Incidencia de Tuberculosis	Incidencia de Malaria	Tasa de mortalidad por Malaria	Letalidad por Dengue	Porcentaje de transmisión materno - infantil de la hepatitis B	Tasa de mortalidad por VIH SIDA
		Razón por cada 100.000 nacidos vivos	Porcentaje	Porcentaje	Tasa por cada 1.000 nacidos vivos	Tasa por cada 1.000 nacidos vivos	Tasa por cada 1.000 nacidos vivos	Tasa por 1.000 mujeres del grupo de edad	Porcentaje	Tasa por cada 100.000 habitantes	Tasa por cada 1.000 habitantes	Tasa por cada 100.000 habitantes	Porcentaje	Porcentaje	Tasa por cada 100.000 habitantes
		Meta para 2030: 32	Meta para 2030: 90%	Meta para 2030: 93%	Meta para 2030: 6	Meta para 2030: 15	Meta para 2030: 14	Meta para 2030: 46	Meta para 2030: 14%	Meta para 2030: 10	Meta para 2030: 2	Meta para 2030: 2	Meta para 2030: 0,10%	Meta para 2030: 5%	Meta para 2030: 2,4
		Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018
		Año 2021	Año 2021	Año 2021	Año 2020	Año 2020	Año 2021	Año 2021	Año 2021	Año 2020	Año 2020	Año 2020	Año 2020	Año 2020	Año 2021
	COLOMBIA	**129,73**	**98,69%**	**81,60%**	**6,70**	**12,11**	**15,05**	**21,08**	**0,50%**	**21,09**	**1,84**	**0,02**	**0,09%**	**0,03%**	**4,75**
Eje cafetero	Quindio	221,98	99,80%	89,76%	7,05	9,87	13,32	16,16	0,36%	31,33	0,02	0,00	0,00%	0,00%	9,43
Eje cafetero	Risaralda	142,21	94,74%	84,68%	8,14	13,97	13,65	19,11	0,47%	41,52	0,86	0,00	0,16%	0,06%	10,12
Eje cafetero	Antioquia	208,77	93,56%	53,22%	4,53	5,29	14,61	25,76	0,63%	24,23	15,69	0,00	0,00%	0,79%	5,65
Eje cafetero	Caldas	0,00	69,53%	41,20%	4,59	12,23	4,63	20,56	0,10%	20,13	2,06	0,00	0,00%	0,15%	4,27
santanderes	Norte de Santander	54,08	98,43%	83,06%	5,07	10,13	12,62	21,14	0,44%	24,48	0,00	0,00	0,05%	0,03%	4,02
santanderes	Santander	108,05	99,22%	88,04%	5,18	9,42	13,05	19,44	0,45%	34,58	1,27	0,00	0,05%	0,04%	4,53
Centro	Cundinamarca	114,00	99,54%	84,89%	6,60	10,18	16,91	29,94	0,71%	7,69	0,03	0,00	0,06%	0,04%	4,78
Centro	Bogotá, D.C.	0,00	97,34%	68,44%	3,94	7,09	14,94	34,18	0,69%	27,28	0,10	0,00	0,06%	0,00%	3,37
Centro	Boyacá	0,00	86,38%	26,76%	4,57	17,38	31,91	34,11	0,80%	13,82	47,79	0,00	0,00%	0,19%	0,00
centro	Huila	112,43	99,56%	80,32%	7,84	14,35	18,36	32,61	1,03%	19,45	0,02	0,00	0,15%	0,03%	5,37
Centro	Tolima	223,61	97,89%	73,56%	5,61	8,64	11,63	21,91	0,62%	22,98	0,17	0,00	0,00%	0,05%	4,10
caribe	La Guajira	131,31	99,73%	84,33%	5,10	9,44	11,64	13,49	0,29%	7,18	0,00	0,00	0,09%	0,01%	2,82
Caribe	Magdalena	92,12	99,72%	84,05%	6,85	11,68	11,10	9,96	0,18%	13,16	0,00	0,00	0,07%	0,02%	3,41
Caribe	Córdoba	114,42	99,58%	84,54%	6,31	11,61	16,84	30,02	0,75%	13,25	0,60	0,00	0,44%	0,02%	5,20
Caribe	Bolívar	0,00	86,02%	55,65%	5,32	14,20	17,80	22,70	0,54%	37,97	12,45	1,27	0,00%	0,18%	8,70
Caribe	Sucre	69,64	99,40%	91,06%	6,43	10,15	11,14	14,74	0,33%	19,05	0,01	0,00	0,00%	0,00%	4,28
Caribe	Atlántico	112,17	97,23%	71,39%	1,85	7,19	14,02	25,96	0,49%	15,31	0,22	0,00	0,00%	0,09%	1,92
Caribe	Cesar	177,73	99,35%	85,31%	10,62	16,11	19,45	28,74	0,74%	10,88	3,09	0,05	0,11%	0,02%	4,93
pacifico	Chocó	112,60	99,84%	85,49%	12,14	21,20	23,27	22,99	0,54%	30,75	0,00	0,00	0,15%	0,01%	7,69
pacifico	Nariño	63,27	98,92%	89,25%	5,13	10,72	9,81	27,89	0,58%	23,34	0,01	0,00	0,11%	0,02%	3,36
pacifico	Valle del Cauca	176,06	80,70%	29,67%	6,08	15,48	24,65	23,14	0,73%	14,16	25,77	0,00	0,00%	0,11%	1,75
pacifico	Cauca	274,27	99,67%	80,62%	5,10	10,25	16,46	33,82	0,89%	14,58	0,02	0,00	0,42%	0,04%	6,49
Llanos	Casanare	132,63	96,77%	73,53%	4,96	7,97	19,89	28,51	0,60%	33,65	0,10	0,00	0,30%	0,00%	4,32
Llanos	Vichada	0,00	0,00%	0,00%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00
Llanos	Meta	68,43	98,96%	82,84%	3,09	6,55	9,58	16,27	0,22%	5,63	0,00	0,00	0,00%	0,01%	1,76
Llanos	Arauca	166,48	98,55%	75,34%	6,21	12,93	12,39	23,43	0,60%	38,65	0,61	0,00	0,00%	0,03%	5,59
Amazonas	Guaviare	159,45	98,83%	76,19%	5,60	10,81	14,75	23,13	0,53%	24,13	1,60	0,00	0,09%	0,07%	5,30
Amazonas	Putumayo	318,34	96,88%	67,26%	5,72	18,31	35,02	21,85	0,61%	22,76	30,74	0,00	0,00%	0,09%	3,10
Amazonas	Caquetá	280,35	97,87%	58,93%	8,69	15,66	25,23	36,74	1,15%	19,78	0,02	0,00	0,61%	0,01%	5,37
Amazonas	Amazonas	130,10	99,37%	86,10%	7,30	12,29	13,81	14,45	0,32%	31,88	0,24	0,02	0,06%	0,03%	6,93
Amazonas	Guainía	15,07	88,86%	80,18%	4,72	9,97	15,07	23,53	0,46%	8,91	6,61	0,00	0,11%	0,02%	2,06
Amazonas	Vaupés	140,46	99,63%	86,76%	5,84	10,65	11,24	16,78	0,41%	24,77	0,01	0,00	0,09%	0,05%	4,73
SF	Archipiélago de SAPSC	155,36	98,21%	81,69%	6,79	14,29	13,29	19,17	0,33%	5,96	29,34	0,43	0,00%	0,17%	2,95

NO alcanza aún la meta ODS 2030
SI alcanza aún la meta ODS 2030

Tabla 4 indicadores ODS metas Colombia 2030, cumplimiento por departamento
Fuentes: (1) Fuentes: DANE: Cubo Estadísticas Vitales - Nacimientos – SISPRO, Cubo Estadísticas Vitales - Defunciones – SISPRO, Proyecciones de Población 2018 – 2026, Encuesta Nacional de Calidad de Vida; Ministerio de Salud: Cubo Prestaciones de Servicios de Salud 2019 - 2022 - SISPRO; Cubo Vacunaciones – SISPRO; Cubo Indicadores de Salud – SISPRO; Profamilia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS (2) CONPES 3918 de 2018. https://ods.dnp.gov.co/es/dataexplorer?state=%7B"goal"%3A"3"%2C"indicator"%3A"3.1.1.G"%2C"dimension"%3A"DES_GEO_DEPTOS"%2C"view"%3A"line"%7D

REGIONES	Departamento	ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES					SALUD MENTAL Y ADICCIONES			
		15	16	17	18	19	20	21	22	23
		Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares	Tasa de mortalidad prematura por cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto, pulmón, próstata, estómago, linfoma No Hodgkin y Leucemia	Tasa de mortalidad prematura por diabetis mellitus	Tasa de mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Tasa de mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años	Porcentaje de personas atendidas en servicios en salud mental	Porcentaje de personas con abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita	Porcentaje de personas con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol	Prevalencia actual de consumo de tabaco
		Tasa por cada 100.000 personas entre los 30 a 70 años	Tasa por cada 100.000 personas entre los 30 a 70 años	Tasa por cada 100.000 personas entre los 30 a 70 años	Tasa por cada 100.000 personas entre los 30 a 70 años	Tasa por cada 100.000 menores de 18 años	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		Meta para 2030: 75	Meta para 2030: 55,2	Meta para 2030: 11,5	Meta para 2030: 8,1	Meta para 2030: 3,9	Meta para 2030: 14%	Meta para 2030: 1%	Meta para 2030: 5%	Meta para 2030: 8%
		Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018
		Año 2021	Año 2021	Año 2021	Año 2021	Año 2021	Año 2021	Año 2019	Año 2019	Año 2020
	COLOMBIA	94,90	55,45	17,38	8,77	4,78	5,74%	1,48%	6,14%	4,77%
Eje cafetero	Quindío	94,62	70,27	17,74	16,00	3,20	5,98%	4,23%	5,06%	7,63%
Eje cafetero	Risaralda	109,86	78,32	14,63	14,84	3,47	7,01%	3,23%	5,49%	5,61%
Eje cafetero	Antioquia	137,37	32,15	23,38	8,77	6,08	4,17%	1,33%	8,62%	4,78%
Eje cafetero	Caldas	25,09	8,36	0,00	0,00	0,00	3,15%	0,13%	21,92%	12,70%
santanderes	Norte de Santander	123,93	62,67	24,97	8,01	6,73	4,77%	0,67%	3,13%	4,98%
santanderes	Santander	93,09	60,46	11,94	12,90	4,32	6,26%	2,20%	7,37%	6,87%
Centro	Cundinamarca	116,00	45,29	16,95	5,57	4,26	4,47%	0,45%	3,41%	3,03%
Centro	Bogotá, D.C.	102,92	59,59	27,69	4,21	6,82	3,66%	1,06%	2,09%	2,10%
Centro	Boyacá	138,04	26,29	32,87	0,00	0,00	2,45%	1,18%	8,01%	5,07%
centro	Huila	89,03	45,63	20,49	8,01	3,91	3,73%	0,70%	8,28%	2,20%
Centro	Tolima	69,57	40,80	18,31	6,28	2,82	3,48%	1,56%	9,22%	3,72%
caribe	La Guajira	87,19	47,18	12,42	7,36	4,04	4,49%	1,71%	4,06%	5,20%
Caribe	Magdalena	70,70	55,10	11,28	5,84	6,21	5,65%	1,68%	6,60%	7,30%
Caribe	Córdoba	91,09	56,05	21,32	9,18	5,65	4,38%	0,14%	4,74%	2,40%
Caribe	Bolívar	83,29	18,11	18,11	21,73	2,95	4,09%	2,35%	6,19%	5,40%
Caribe	Sucre	105,94	61,41	12,28	15,35	4,56	8,08%	2,85%	6,38%	8,99%
Caribe	Atlántico	71,28	41,30	14,66	7,99	4,99	4,19%	1,75%	7,88%	1,93%
Caribe	Cesar	87,04	36,27	19,76	4,88	2,22	3,06%	0,48%	7,22%	1,24%
pacifico	Chocó	108,39	57,75	23,96	6,79	7,68	3,81%	0,92%	5,14%	2,35%
pacifico	Nariño	96,09	64,33	23,56	6,76	6,31	4,01%	1,26%	6,28%	3,47%
pacifico	Valle del Cauca	93,80	21,44	29,48	8,04	4,02	1,78%	0,75%	7,02%	1,75%
pacifico	Cauca	108,81	45,92	26,45	8,98	4,09	2,84%	0,38%	5,73%	3,41%
Llanos	Casanare	121,18	38,75	22,26	9,07	4,83	4,03%	0,99%	6,82%	2,56%
Llanos	Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Llanos	Meta	93,25	50,11	15,12	9,17	3,18	4,64%	0,46%	7,82%	4,01%
Llanos	Arauca	127,92	54,91	34,55	7,20	5,28	4,70%	1,13%	5,68%	4,41%
Amazonas	Guaviare	118,39	63,52	21,13	9,60	5,47	5,19%	2,01%	4,36%	5,77%
Amazonas	Putumayo	89,90	23,22	21,24	4,45	1,88	2,24%	0,89%	21,65%	1,80%
Amazonas	Caquetá	71,58	37,63	21,50	6,51	3,36	2,99%	0,84%	14,08%	1,93%
Amazonas	Amazonas	126,61	68,82	22,27	11,44	4,08	6,14%	1,28%	5,19%	4,38%
Amazonas	Guainía	85,86	46,17	17,05	10,26	4,10	3,93%	1,22%	5,09%	2,66%
Amazonas	Vaupés	86,35	56,33	18,68	5,62	5,09	6,86%	0,80%	5,29%	3,56%
SF	Archipiélago de SAPSC	68,75	46,15	13,72	7,53	3,54	6,24%	1,14%	7,66%	4,49%

NO alcanza aún la meta ODS 2030

SI alcanza aún la meta ODS 2030

REGIONES	Departamento	LESIONES EXT.		VACUNACION		AMBIENTAL: AIRE		Cobertura
		24	25	26	27	28	29	30
		Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico	Tasa ajustada de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente	Porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente	Porcentaje de niños y niñas de 1 año con vacuna triple viral	Porcentaje de estaciones que cumplen con el objetivo intermedio III de las guías de calidad del aire de la OMS en material particulado inferior a 2.5 micras (PM2.5)	Porcentaje de estaciones que cumplen con el objetivo intermedio III de las guías de calidad del aire de la OMS en material particulado inferior a 10 micras (PM10)	Porcentaje de población afiliada al sistema de seguridad social en salud
		Tasa por cada 100.000 habitantes	Tasa por cada 100.000 habitantes	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		Meta para 2030: 8,35	Meta para 2030: 4,1	Meta para 2030: 95%	Meta para 2030: 95%	Meta para 2030: 70%	Meta para 2030: 70%	Meta para 2030: 99%
		Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018
		Año 2021	Año 2021	Año 2020	Año 2020	Año 2021	Año 2021	Año 2020
	COLOMBIA	14,49	5,80	76,62%	80,80%	26,72%	63,82%	97,90%
Eje cafetero	Quindio	19,57	8,72	76,66%	77,80%	25,00%	75,00%	97,80%
Eje cafetero	Risaralda	14,56	9,70	74,59%	77,01%	33,33%	100,00%	103,20%
Eje cafetero	Antioquia	16,95	7,91	64,18%	73,62%	0,00%	0,00%	93,80%
Eje cafetero	Caldas	0,00	29,91	37,15%	53,04%	0,00%	0,00%	71,87%
santanderes	Norte de Santander	18,23	7,89	86,33%	89,98%	0,00%	50,00%	95,54%
santanderes	Santander	14,15	6,89	68,97%	74,38%	29,00%	63,20%	98,38%
Centro	Cundinamarca	12,68	6,13	82,77%	87,43%	0,00%	0,00%	100,74%
Centro	Bogotá, D.C.	16,63	3,62	70,94%	81,69%	0,00%	0,00%	98,61%
Centro	Boyacá	5,83	3,89	50,29%	72,91%	0,00%	0,00%	94,45%
centro	Huila	19,89	4,61	83,79%	88,97%	30,19%	62,26%	93,68%
Centro	Tolima	35,29	9,11	80,65%	80,27%	16,67%	16,67%	94,22%
caribe	La Guajira	11,24	3,74	68,72%	69,30%	41,67%	77,78%	75,17%
Caribe	Magdalena	8,05	4,98	79,06%	84,41%	48,15%	59,26%	102,47%
Caribe	Córdoba	11,66	3,25	79,79%	86,72%	50,00%	50,00%	100,15%
Caribe	Bolívar	6,21	14,91	61,38%	73,29%	0,00%	0,00%	93,93%
Caribe	Sucre	12,07	9,25	62,42%	65,44%	10,00%	60,00%	88,45%
Caribe	Atlántico	19,23	5,49	66,65%	72,25%	0,00%	0,00%	87,90%
Caribe	Cesar	16,16	3,90	75,31%	77,25%	0,00%	40,00%	91,94%
pacifico	Chocó	8,44	3,75	89,90%	91,87%	25,00%	75,00%	96,83%
pacifico	Nariño	21,56	8,92	79,30%	81,93%	50,00%	83,33%	101,83%
pacifico	Valle del Cauca	5,24	3,49	35,41%	58,65%	0,00%	0,00%	63,96%
pacifico	Cauca	14,91	2,42	88,16%	93,99%	0,00%	62,50%	95,39%
Llanos	Casanare	26,89	9,29	85,70%	89,27%	25,00%	25,00%	94,07%
Llanos	Vichada	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Llanos	Meta	16,94	7,43	75,03%	75,83%	13,33%	73,33%	93,11%
Llanos	Arauca	21,35	5,59	77,55%	81,17%	0,00%	100,00%	94,46%
Amazonas	Guaviare	12,05	6,15	79,21%	80,93%	33,33%	116,67%	95,43%
Amazonas	Putumayo	5,46	3,28	58,99%	80,87%	100,00%	100,00%	79,62%
Amazonas	Caquetá	9,52	2,63	89,86%	94,57%	17,65%	66,67%	97,88%
Amazonas	Amazonas	18,08	4,85	77,63%	79,86%	38,46%	65,38%	98,46%
Amazonas	Guainía	15,62	6,98	75,36%	78,74%	88,89%	144,44%	86,54%
Amazonas	Vaupés	16,52	6,29	74,99%	77,80%	14,29%	37,14%	95,93%
SF	Archipiélago de SAPSC	14,38	7,56	64,83%	69,07%	50,00%	50,00%	88,99%

NO alcanza aún la meta ODS 2030

SI alcanza aún la meta ODS 2030

2. Reclamación de los ciudadanos por restricciones al acceso a los servicios y el derecho a la salud

Acciones de tutela. Dentro del análisis del sistema de salud y sus resultados, la acción de tutela es pertinente para comprender el alcance del derecho. La acción de tutela, conforme el artículo 86 de la Constitución Política, establece la capacidad del ciudadano de reclamar el cumplimiento y protección de los derechos fundamentales, como aquellos que se consideraban conexos a un derecho fundamental, así fuera uno de otra índole. El derecho a la salud comenzó siendo interpretado como un derecho prestacional, dentro de la categoría de derechos sociales, políticos, culturales y económicos, el cual era reclamado a través de otros derechos fundamentales dentro de la figura de conexo o por ser una persona de especial protección, pero para en el año 2008 con la Sentencia T-760 de 2008 fue reconocido como derecho fundamental atípico. Desde los inicios de la figura de la tutela, el reclamo de la ciudadanía para el acceso a los servicios de salud ha sido una de las principales causas para las acciones de tutela en Colombia, como la creación de una amplia doctrina jurisprudencial alrededor de diversos temas relacionados con la salud y vida digna de la población en Colombia.

Entre el año de 1999 al año 2021, se ha reclamado el derecho fundamental a la salud a través de este mecanismo constitucional. La caracterización de las tutelas es como sigue:

1. Desde 1992 se han presentado acciones de tutela en salud, siendo los primeros pacientes protegidos aquellos con VIH/Sida;

2. Desde hace más de 10 años la salud se encuentra entre el 2º y 3er derecho que más reclama la ciudadanía, el año 2021 fue el año con menos tutelas presentadas en salud desde el año 2000;

3. Las acciones de tutela hasta el año 2016 eran principalmente por acceso a servicios POS de casi un 70%, después de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 la principal causa según el estudio hecho por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud es: la postergación para la práctica de procedimientos médicos autorizados por EPS (22.31%), la postergación y/o aplazamiento de citas médicas con especialistas (15,37%), la demora en la entrega de medicamentos y/o suministro de tecnologías en salud (MIPRES, UPC) con un 26,99% y la solicitud de servicios complementarios no financiados por UPC, y tampoco excluidos (12,25%), es decir, el 64,67% siguen siendo tutelas presentadas para recibir procedimientos, citas y tratamientos ya pagados por el Estado La única salvedad es la disposición de solo dar cierto tipo de medicamentos, procedimientos u objetos con la presentación de la tutela, que quedó dentro del sistema de MIPRES;

4. Pese a la disminución de tutelas presentadas, las de salud siguen ocupando un porcentaje bastante alto, el 20,02%.

5. De 1999 a 2021 se presentaron 2.453.982 acciones de tutelas en el país frente a 8.329.186, es decir, el 33,9% de las tutelas presentadas en ese periodo fueron sobre salud y como se ha expuesto anteriormente, las tutelas hacen referencia en su mayoría a servicios que el Estado había garantizado previamente a través de las EPS.

6. Las acciones de tutela son principalmente una medida de cuidado y protección para quienes viven en ciudades grandes e intermedias, porque sigue siendo un derecho poco explorado para el cuidado de la salud de las poblaciones más lejanas. Un elemento de desigualdad, donde tampoco se podría afirmar qué habría pasado con el derecho fundamental a la salud de tantas poblaciones si contaran con el derecho de la tutela de manera más asequible. Probablemente serían más casos como el de la Guajira, Estado de Cosas Inconstitucionales.

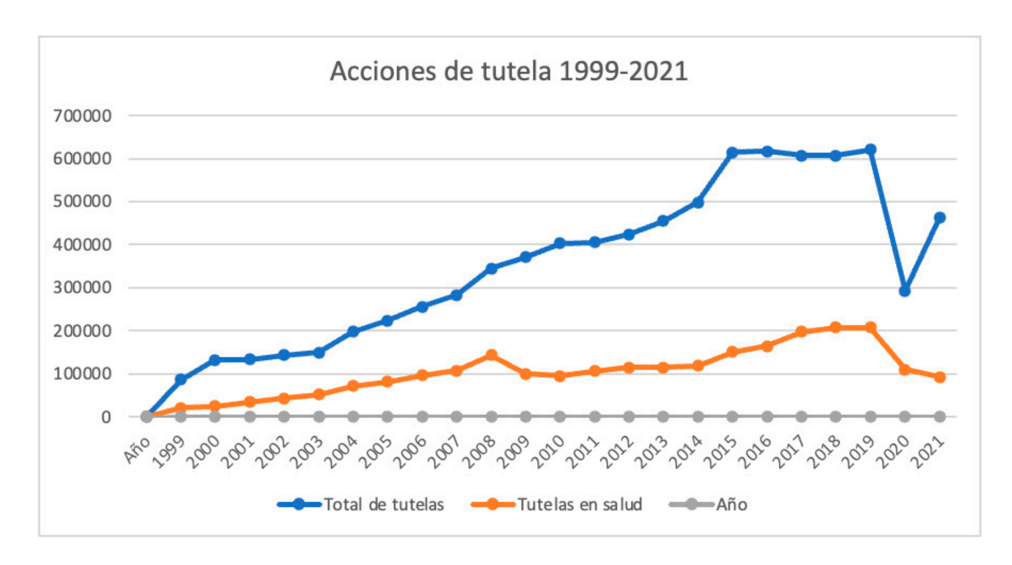


Gráfico 17 Número de acciones de tutela en salud vs general de 1999-2021
Fuente: Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional

Año	Total	Salud	Porcentaje
1999	86313	21301	24,68
2000	131764	24843	18,85
2001	133272	34319	25,75
2002	143887	42734	29,7
2003	149439	51944	34,76
2004	198125	72033	36,36
2005	224270	81017	36,12
2006	256166	96226	37,56
2007	283637	107238	37,81
2008	344468	142957	41,5
2009	370640	100490	27,11
2010	403380	94502	23,43
2011	405359	105947	26,14
2012	424400	114313	26,94
2013	454500	115147	25,33
2014	498240	118281	23,74
2015	614520	151213	24,61
2016	617071	164274	26,57
2017	607500	197655	32,54
2018	607308	207734	34,21
2019	620302	207368	33,43
2020	292559	109940	37,58
2021	462066	92506	20,02

Tabla 5 Número de acciones de tutela en salud vs general de 1999-2021
Fuente: Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional

Peticiones, quejas y reclamos de los ciudadanos. Las PQRD se han ido incrementando mientras las acciones de tutela en salud han ido bajando. Las reclamaciones de tutela son similares a las hechas directamente a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual recibió para el año 2009 7.434[16]y en el año 2021 recibió 996.733 PQRD, es decir, aumentaron en 1340%, se presentaron 134 veces más de PQRD. Las principales causas son de acceso oportuno a: citas médicas especializadas, entrega de medicamentos PBS, medicamentos No PBS, servicios médicos como imagenología y laboratorio (cuadro 5). De 2014-2021 han pasado de 230.225 a 996.733, 4,3 veces de diferencia.

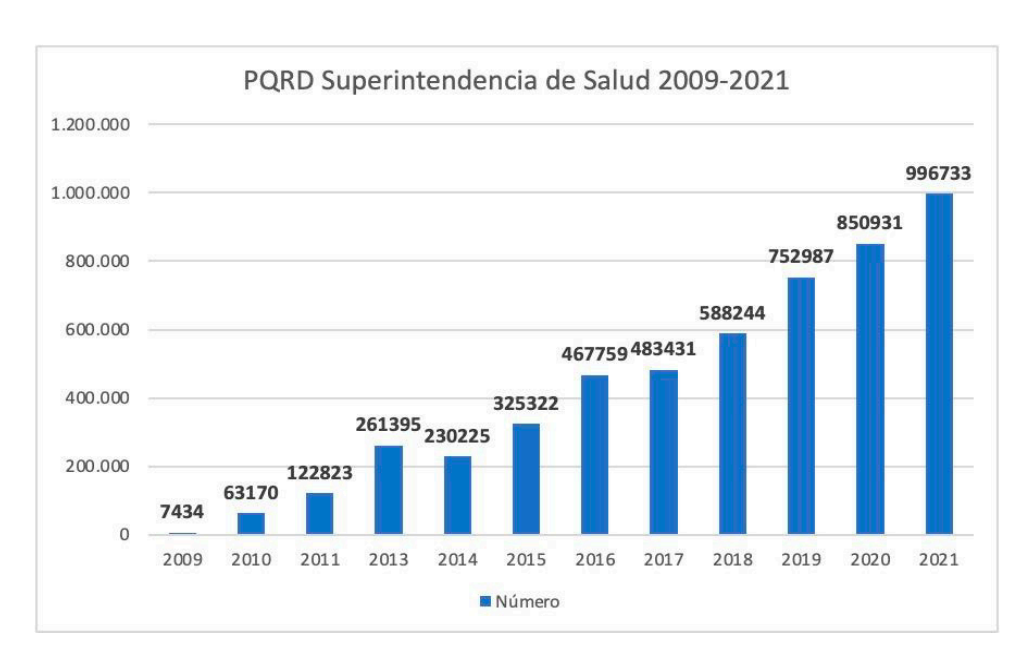


Gráfico 18 Número de PQRD ante la Superintendencia de Salud 2009-2021

Año	Número
2009	7.434
2010	63.170
2011	122.823
2013	261.395
2014	230.225
2015	325.322
2016	467.759
2017	483.431
2018	588.244
2019	752.987
2020	850.931
2021	996.733

Tabla 6 Datos de PQRD ante la Superintendencia de Salud 2009-2021

Fuente: Base de datos de PQRD SNS años 2014 -2022 enero-agosto (descargada el 06 de octubre de 2022) y respuesta de derecho de petición de 2014 a la Superintendencia de Salud.

16 Información tomada de la respuesta al derecho de petición presentado por la exrepresentante Angela María Robledo en el año 2014 a la Superintendencia de Salud.

#	MOTIVOS ESPECÍFICOS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (ENE - AGO)	TOTAL	%
1	falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas	48.660	62.427	75.257	77.029	119.145	163.037	118.660	197.706	206.902	1.068.823	19,36%
2	falta de oportunidad en la entrega de medicamentos PBS	4.709	12.330	17.937	15.988	24.871	35.204	53.790	50.029	77.803	292.661	5,30%
3	falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no PBS	4.963	11.564	25.492	25.322	34.705	48.634	67.944	48.715	23.424	290.763	5,27%
4	falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel	10.958	16.650	26.659	21.364	31.043	28.531	13.959	25.126	30.551	204.841	3,71%
5	demora de la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos	4.576	7.349	13.873	16.132	19.316	23.104	34.920	40.550	10.637	170.457	3,09%
6	falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica general	4.968	8.637	12.149	10.453	7.974	10.053	36.530	55.115	22.012	167.891	3,04%
7	falta de oportunidad en la programación de cirugía	6.039	9.081	15.075	14.103	18.935	22.913	13.506	24.801	38.472	162.925	2,95%
8	restricción en la libre escogencia de EPS	4.923	10.588	21.666	32.017	35.157	26.927	12.502	12.319	5.382	161.481	2,92%
9	demora de la referencia o contrarreferencia	9.755	13.897	17.142	15.970	22.738	25.818	15.647	21.938	10.942	153.847	2,79%
10	no aplicación de normas, guías o protocolos de atención	7.414	9.015	13.817	12.072	9.487	10.430	24.115	24.052	26.886	137.288	2,49%
	TOTAL TOP 10	**106.965**	**161.538**	**239.067**	**240.450**	**323.371**	**394.651**	**391.573**	**500.351**	**453.011**	**2.810.977**	**50,9%**
	TOTAL GENERAL	**230.225**	**325.322**	**467.759**	**483.431**	**588.244**	**752.987**	**850.931**	**996.733**	**826.108**	**5.521.740**	**100,0%**

Tabla 7 Comportamiento PQRD desagregada por motivación de la Superintendencia de Salud 2014-2021
Fuente: Base de datos de PQRD SNS años 2014-2022 (descargada el 06 de octubre de 2022)

3. Situación del aseguramiento

La Superintendencia Nacional de Salud determinó que en el periodo 2010 a 2022, las EPS se han caracterizado así:

1. Ninguna de las EPS vigentes ha cumplido todos los años con las reglas de margen de solvencia y patrimonio mínimo, entre otras, identificadas por el Decreto 1485 de 1994, modificado posteriormente por el Decreto 515 de 2004 y por el Decreto 780 de 2016;

2. Colpatria EPS hasta su retiro voluntario fue la única EPS que en el periodo descrito cumplió con las exigencias legales. Dentro del rango de tiempo 9 EPS se retiraron voluntariamente del sistema.

3. Para el año 2010 habían 73 EPS, al año 2022 funcionan 30 EPS[17], 14 de ellas están a punto de iniciar un proceso de liquidación, 34 ya fueron liquidadas, 7 EPS se encuentran en vigilancia especial, 2 en programa de recuperación, 1 en intervención forzosa para proceso de liquidación y solo 6 EPS cumplen los estándares financieros exigidos por la normatividad vigente, los cuales se han bajado en el transcurso de los años, con el objetivo de que estas puedan ser cumplidas por las EPS;

4. Las EPS deben 16,6 billones de pesos a las clínicas y hospitales para el año 2022, cuando para el año 2009 la deuda era de 4,1 billones, solicitando para la época declaratoria de emergencia por parte de las EPS, apoyado por el gobierno de entonces, quienes alegaban los problemas financieros y la imposibilidad de cumplir con las prestaciones de servicios, cifra que en valores de 2021 corresponderían a 6.5 billones de pesos, casi tres veces menor a las cifras actuales.

De acuerdo con algunos estudios especializados[18] y las cifras reportadas para las fechas de 2008-2018, las dificultades financieras del sistema actual han emergido de:

1. Mayores costos en todas las EPS. Los mayores costos en las EPS se asocian a la inclusión de nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población y el aumento de las frecuencias de uso. Del año 2010 al año 2017 ingresaron 510 nuevas tecnologías, según el informe de Gestión de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

2. En la actualidad se encuentran cubiertas alrededor del 99% de nuevas tecnologías en salud por el sistema, ya sea por el Plan de Beneficios, presupuestos máximos (más pago de rezagos por MIPRES). Con el envejecimiento de la población ha aumentado el gasto en procedimientos (37%) y de consultas (35%). Y con ello, las frecuencias de uso.

3. Menores ingresos en el régimen subsidiado. El régimen subsidiado recibe el 8% de administración de los recursos frente al 10% que reciben quienes manejan régimen contributivo. Por otro lado, no cuenta con planes complementarios, ni cuotas moderadoras y copagos, y el valor diferencial de la UPC, siendo el mismo plan de beneficios en salud.

17 Para mayor información consultar anexo 1

18 Rodríguez-Páez FG, Marulanda Restrepo JA, Pineda Céspedes JH, Pineda Ospina HS, González Borrero JI. La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. Rev Gerenc Polit Salud. 2022; 21. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.ifep

Cuenta	RC	RS	CyS	RI	Total
Ingresos operacionales (IO)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Ingresos por UPC	71,4%	94,6%	83,2%	94,3%	81,8%
Copagos	1,0%	0,1%	0,5%	0,0%	0,6%
Cuotas moderadoras	1,7%	0,0%	0,9%	0,0%	0,9%
Planes Adicionales	3,4%	0,0%	0,1%	0,0%	1,5%
Recobros NO PBS	12,0%	2,9%	12,3%	6,3%	9,3%
Promoción y prevención	1,6%	0,1%	1,0%	0,0%	1,0%
Liberación de reservas	3,3%	1,0%	1,0%	0,0%	2,0%
Otros (Incapacidades, Ajuste x Cuenta de alto costo)	5,6%	1,2%	1,1%	-0,6%	3,0%
Costos (Costo médico)	94,9%	98,9%	103,2%	96,3%	98,3%
Gastos	6,4%	6,7%	7,0%	9,3%	6,7%
Resultado operacional	*-1,3%*	*-5,7%*	*-10,2%*	*-5,6%*	*-4,9%*
Ingreso no operacional	1,8%	3,8%	3,1%	4,2%	2,8%
Gasto no operacional	0,6%	0,5%	0,3%	2,0%	0,5%
Resultado antes de impuestos	*0,0%*	*-2,3%*	*-7,4%*	*-3,3%*	*-2,7%*
Impuestos	0,3%	0,6%	0,2%	0,0%	0,4%
Resultado después de impuestos	*-0,4%*	*-2,9%*	*-7,7%*	*-3,3%*	*-3,0%*

Tabla 8 Estado de resultados EPS19 participación de los rubros más representativos en los ingresos operacionales 2019

Fuente: RodríguezPáez FG, Marulanda Restrepo JA, Pineda Céspedes JH, Pineda Ospina HS, González Borrero JI. La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. Rev Gerenc Polit Salud. 2022; 21.

1. Mayores gastos de recursos administrativos. Mayores gastos administrativos por atender población dispersa, a la cual además se le debe cubrir el transporte, la obligatoriedad de contratar al menos el 60% con ESE o con instituciones que no cuentan con todos los niveles de complejidad que no permiten economías de escala, además de ser muy variable y que simplemente hace menos eficiente los costos en salud.

2. El mercado no es competitivo. A pesar de 18 decretos que han aplazado las condiciones financieras y de margen de solvencia de las EPS, el mercado no es competitivo ni sostenible, porque el Estado sigue siendo el mayor deudor de las EPS, además de no haber logrado la regulación y modulación del sistema, ya que sigue siendo errática e inconsistente, porque ha reproducido diversos vicios de la lógica privada, incumpliendo el marco teórico del pluralismo estructurado. Además, porque si bien se aceptan los errores no se han logrado dar soluciones al sistema de salud, como la disminución de intermediarios y el favorecimiento de una concentración en el mercado, como se ve en la Ley 1122 de 2007.

3. Integración vertical. La integración vertical conlleva la concentración y reducción de competidores en la prestación de los servicios de salud, dejándola en manos de unos pocos y dentro de las 5 principales ciudades del país y ciertas zonas de estas ciudades. Y también, ha conllevado a prácticas de selección adversa, la búsqueda del mayor rendimiento financiero y la ampliación de atención con costos decrecientes.

4. Incentivos asimétricos de la regulación. Se mantienen los servicios de salud más rentables y se cierren aquellos que no son sostenibles financieramente. Como la negociación es más competitiva y rentable conforme al tamaño y capacidad financiera de la IPS, no es posible para una pequeña IPS hacer una buena negociación con una EPS

19 Ibidem

para el pago de sus servicios y está llamada a quebrar o salir del mercado del sistema de salud. Por lo que terminan siendo monopolios bilaterales, tanto de las EPS e IPS.

5. Condiciones diferenciales y contradicciones. La cartera se reproduce en cadena desde las EPS a lo largo de la cadena de IPS a proveedores y afecta la solvencia y liquidez de todos los integrantes del sistema. A la vez que afecta, incrementa o encarece los costos, porque a dicha cartera se incorporan los intereses, como el tiempo de recuperación. Además de cómo negocian las glosas, donde la negociación de ellas siempre busca ser inflada, para no perder con la negociación.

En la tabla siguiente, se pueden apreciar los principales indicadores en dos cortes transversales para el año 2008 y 2019, en el cual llama la atención los indicadores de pasivos, patrimonio y resultados del ejercicio, mostrando un deterioro importante.

Ha habido un aumento de la financiación pública del sistema de salud, en aseguramiento especialmente, en pagos de tecnologías de alto costo, de tecnologías no previstas en el plan de beneficios y reconocimiento de gastos de cuidado, transporte e insumos.

Tabla 2. Principales indicadores financieros EPS, 2008 y 2019 (valores corrientes de cada año en millones de pesos)

			2008		
	RC	RS	CyS	RI	Total
Activo (A)	1.533.571,7	2.216.926,9	621.623,1	83.633,8	4.455.755,6
Pasivo (D)	1.201.804,9	1.866.691,8	571.615,8	70.705,8	3.710.818,3
Patrimonio (E)	331.766,8	350.235,1	50.007,3	12.928,0	744.937,3
Resultado del Ejercicio (R)	12.583,9	38.782,3	-9.793,4	1.611,5	43.184,4
D/A (%)	78,4	84,2	92,0	84,5	83,3
E/A (%)	21,6	15,8	8,0	15,5	16,7
CM/IO (%)	90,0	91,6	92,2	95,5	91,0
R/A (%)	0,82	1,75	-1,58	1,93	0,97
Núm. Afiliados	10.609.070	24.888.100	2.642.464	685.165	38.824.799
			2019		
	RC	RS	CyS	RI	Total
Activo (A)	9.516.659,0	3.782.072,3	8.371.934,1	138.829,2	21.809.494,6
Pasivo (D)	9.196.035,0	7.927.849,5	9.562.611,2	228.337,8	26.914.833,6
Patrimonio (E)	320.623,9	-4.145.777,2	-1.190.677,1	-89.508,7	-5.105.338,0
Resultado del Ejercicio (R)	-76.486,7	-454.767,4	-995.342,7	-25.515,0	-1.552.111,7
D/A (%)	96,6	209,6	114,2	164,5	123,4
E/A (%)	3,4	-109,6	-14,2	-64,5	-23,4
CM/IO (%)	94,9	98,9	103,2	96,3	98,3
R/A (%)	-0,80	-12,00	-11,90	-18,40	-7,10
Núm. Afiliados	17.064.495	9.998.089	17.378.833	1.277.192	45.718.609

Fuente: cálculos propios a partir de (28, 29, 31, 32)

Tabla 9 Principales indicadores EPS 2008-2019[20] (valores corrientes de cada año en millones de pesos)

Fuente: cálculos propios

El aseguramiento representa el 44,01% de recursos del presupuesto general de nación, las cotizaciones del régimen contributivo y aportes al sistema por los regímenes especiales y exceptuados es del 34,4%, sistema general de participaciones de 15,3% y Coljuegos, juntos otros ingresos 3.4% (Gráficas 20 y 21). Es decir, el Estado ha hecho un esfuerzo mancomunado para aumentar dentro del Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios para financiar el sistema de salud, así mismo, aumentar la población cotizante del sistema, con el único objetivo de hacer sostenible el sistema financiero.

20 Ibidem

El gasto en salud corresponde al 7,6% del PIB en Colombia, que para el año 2000 solo correspondía al 5,3%. Es decir, ha subido 2,3 puntos del PIB para salud. (Gráfica 22). El repunte al 7.6% del PIB sin embargo se explica en parte por la caída del producto en la pandemia y por el mayor gasto asociado a la atención de la pandemia del Covid.

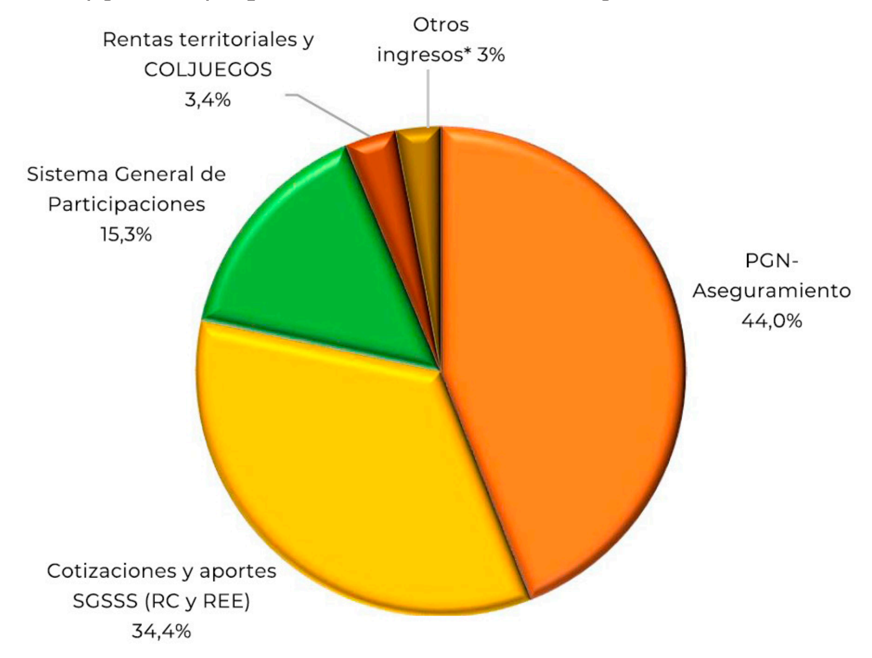


Gráfico 19 Proyección ingresos 2023

(Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social)

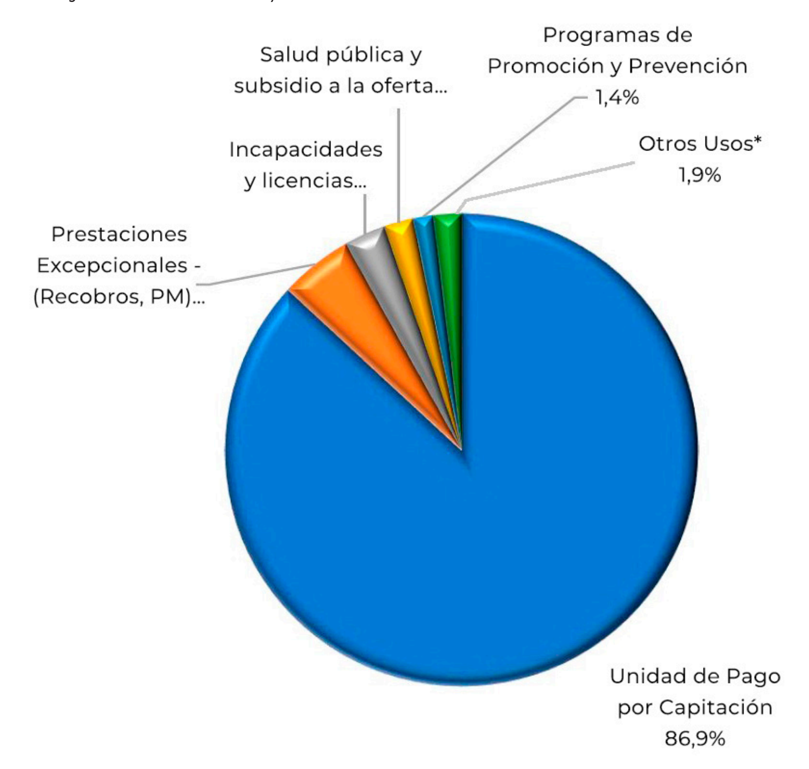


Gráfico 20 Proyección gasto en salud 2023

(Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social)

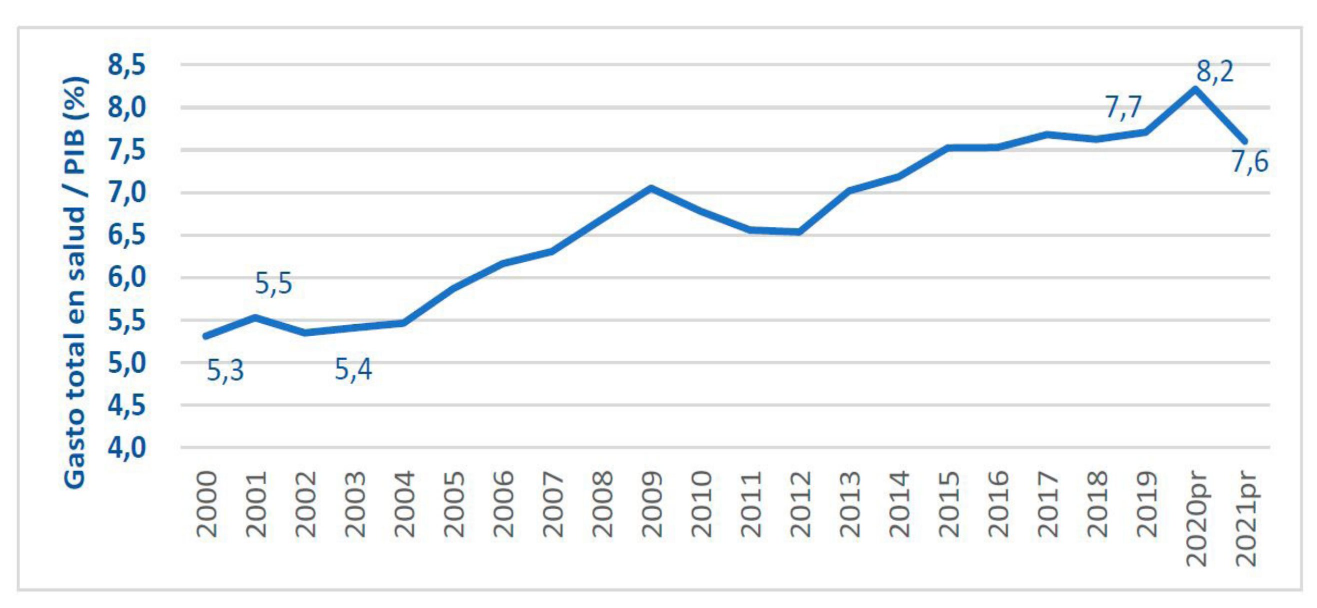


Gráfico 21 Gasto total en salud (GTS) / PIB (%)

Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2022

Por último, la disminución de gasto de bolsillo en salud (Gráfica 23) y el crecimiento constante de las atenciones no previstas en el plan de beneficios, que se cubre a través de recobros y presupuestos máximos (Gráfica 24), son parte del esfuerzo que se ha hecho como estrategia de política pública para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, en la dimensión individual. Dadas las presiones al alza del esfuerzo del gasto público en salud, se requiere hacer más eficiente la asignación de recursos, mediante la disminución de costos en salud fortaleciendo los modelos preventivo y predictivo de forma que se logre garantizar más años de vida saludable de la población.

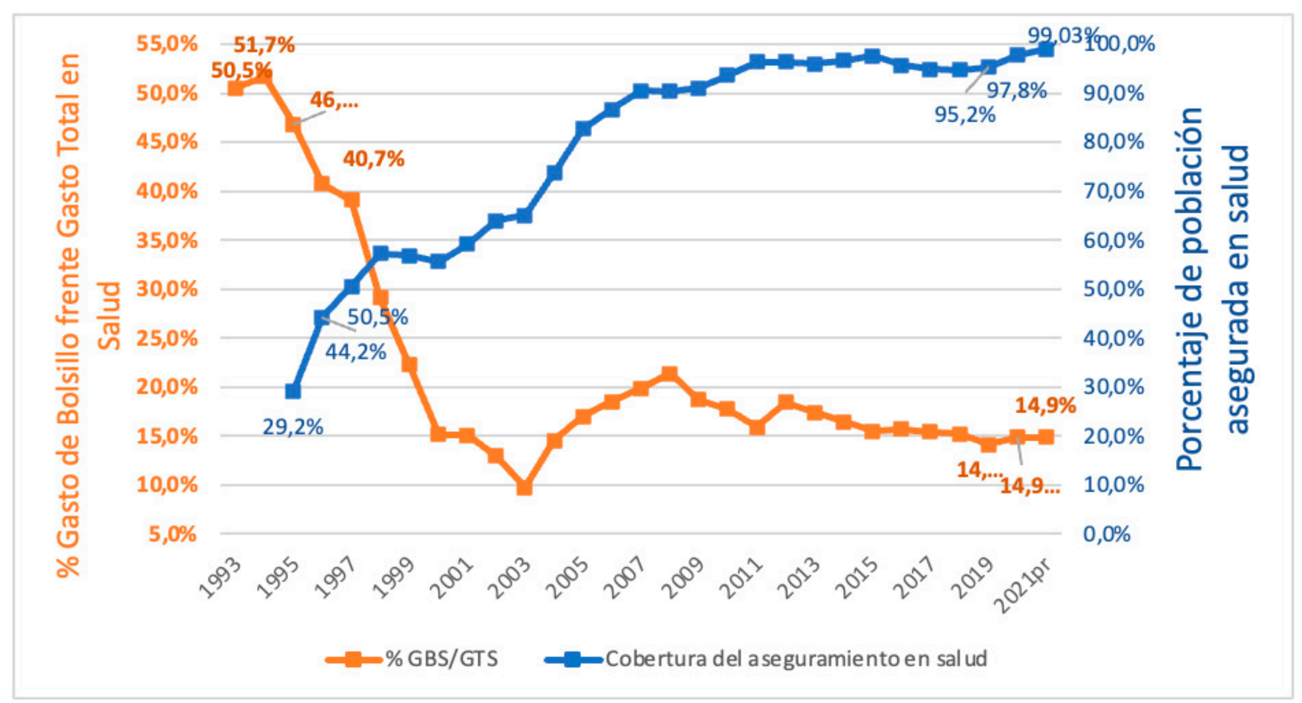


Gráfico 22 Aseguramiento y Gasto de bolsillo en Salud 1995-2021

Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2022

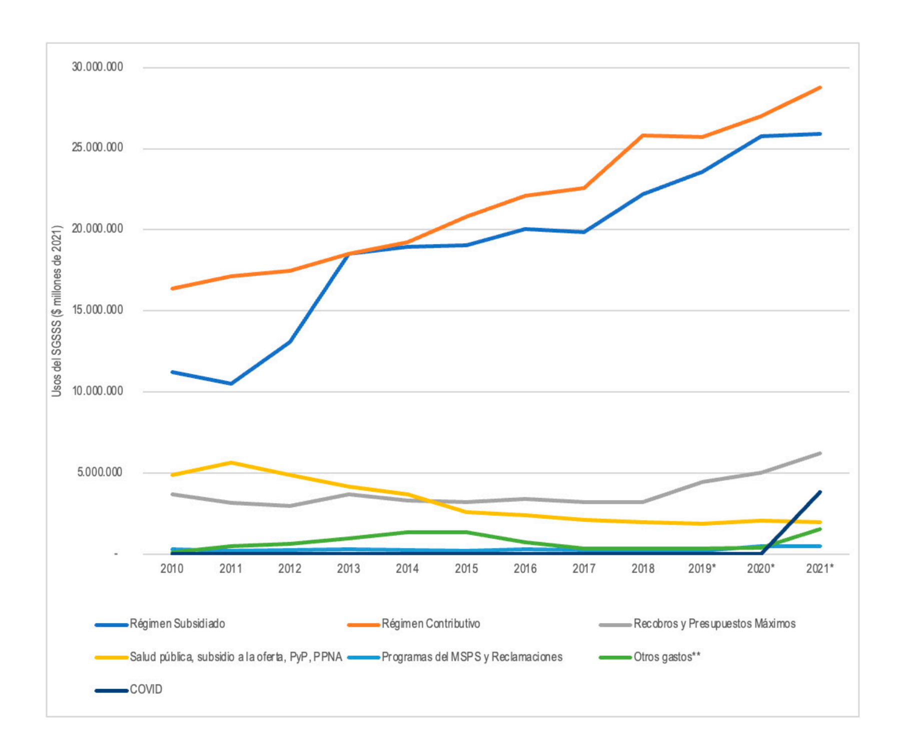


Gráfico 23 Usos de los recursos del SGSSS. Millones de pesos constantes de 2021
Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2022

B. Enfoque del sistema de salud de la Ley 100 de 1993

El Estado de Bienestar o Estado Social desarrollado en la Constitución del 91 partió de que Colombia es un Estado Social y Democrático de Derecho, que busca garantizar la dignidad humana[21] de la ciudadanía social[22], a través de brindar el acceso y cumplimientos de los derechos fundamentales, sociales, económicos, políticos y culturales. La Carta Magna ha considerado que el ser humano es el centro de nuestro contrato social, de allí, que los fines últimos de cualquier política del Estado deben girar alrededor de la dignidad humana de cada persona que habita el territorio, quienes en su vida en sociedad les debe permitir confiar en el Estado para la garantía de sus derechos y principios, los cuales se acordaron que nos regiría a todos, como de su relación con la sociedad, su comunidad y su familia y por último, que cada una de ellas podrá

---

21 Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo "dignidad humana", la Corte Constitucional ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte tres lineamientos claros y diferenciables resultando principalmente de la interpretación de la Carta:

(i) la dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (la autonomía individual);

(ii) la dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (el bienestar);

(iii) y la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (la intangibilidad del cuerpo y del espíritu). De otro lado al tener como punto de vista la funcionalidad del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado tres lineamientos:

(i) la dignidad humana entendida como principio fundante del ordenamiento jurídico y por tanto del Estado, y en este sentido la dignidad como valor;

(ii) la dignidad humana entendida como principio constitucional;

(iii) la dignidad humana entendida como derecho fundamental autónomo.

22 La ciudadanía social debe entenderse como el estatus de plena ciudadanía, donde la persona cuenta con derechos sociales, políticos, económicos y culturales para el desarrollo de una vida digna.

confiar en que el Estado generará las condiciones mínimas para el desarrollo de los sueños, como el respeto mismo por los derechos y deberes que tienen dentro del Estado, como se evidencia en la Sentencia T-881 de 2002[23].

Ahora bien, ese Estado Social de Derecho se refleja en el Derecho Fundamental a la salud desde sus principios: universalidad, solidaridad y eficiencia, desde una mirada del Estado Social y Democrático, a partir de dichos principios no pueden fijarse los derechos de acuerdo a la capacidad del ingreso sino al derecho que se le ha proporcionado en la Constitución.

A través de la comprensión de los principios de solidaridad e igualdad, que buscan desmercantilizar la vida, según la teoría descrita por Gøsta Esping-Andersen se entiende que: *"se produce cuando se presta un servicio como un asunto de derechos y cuando una persona puede ganarse la vida sin depender del mercado"*[24].

Según el principio de universalidad, los impuestos y políticas públicas, son redistributivas para garantizar acceso a los mismos derechos y deberes a todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad económica. La escasez de los recursos fiscales, exige hacer un uso adecuado de los mismos, que permita invertirlos para mejorar las condiciones de vida de toda la población que habite sus territorios, en especial de quienes quedan excluidos de los beneficios del desarrollo. Por ejemplo, para la sociedad y el Estado debe ser una meta lograr que las niñas y los niños no mueran por desnutrición, sin importar quienes son sus padres, de qué territorio son y qué estrato social tienen. Las niñas y los niños deberán saber que todos y todas trabajamos para que puedan tener oportunidades de soñar y hacer un plan de vida posible.

De ahí se deriva que ese Estado Social de Derecho desarrollado en la Constitución y luego interpretado por la Corte Constitucional reconozca que en Colombia lo que existe es una ciudadanía social, es decir, cada ciudadano o ciudadana social *"no puede quedar reducido al ámbito de la titularidad de derechos, sino que exige la satisfacción de derechos sociales. Incorpora al concepto de ciudadanía las condiciones para el ejercicio de capacidades y la participación en los resultados o frutos sociales."*[25]

En la Sentencia T-406 de 1992 Ciro Angarita dentro de las consideraciones al referirse sobre cómo entender el Estado Social de Derecho expuso que la *"(…)pérdida de la importancia sacramental del texto legal entendido como emanación de la voluntad popular y mayor preocupación por la justicia material y por el logro de soluciones que consulten la especificidad de los hechos (…) adquieren una relevancia especial en el campo del derecho constitucional, debido a la generalidad de sus textos y a la consagración que allí se hace de los principios básicos de la organización*

23 Sentencia T-881 de 2002: *"Una síntesis de la configuración jurisprudencial del referente o del contenido de la expresión "dignidad humana" como entidad normativa, puede presentarse de dos maneras: a partir de su objeto concreto de protección y a partir de su funcionalidad normativa. Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones). De otro lado al tener como punto de vista la funcionalidad, del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado tres lineamientos: (i) la dignidad humana entendida como principio fundante del ordenamiento jurídico y por tanto del Estado, y en este sentido la dignidad como valor. (ii) La dignidad humana entendida como principio constitucional. Y (iii) la dignidad humana entendida como derecho fundamental autónomo."*

24 Esping-Andersen, Gøsta (1993), *Los tres mundos del Estado del bienestar,* Valencia, Alfons el Magnanim.

25 Ciudadanía social: La lucha por los derechos sociales, María José Añón (Universitat de València). Ver link: https://www.uv.es/cefd/6/anyon.htm

política.”[26] Debería entonces considerarse que los actores principales del Estado colombiano son la ciudadanía social que se integra por la sociedad en general, la comunidad, la familia y la persona acreedora de derechos, que interactúan a la vez con el mercado y el Estado. Por ello, en cualquier ejercicio de ponderación de derechos, primará siempre que cada persona cuente con acceso al derecho fundamental a la salud frente a los derechos de propiedad o mercado. Cuando se trata de un derecho fundamental, como la salud, deberá primar en el Estado Social de Derecho.

26 Sentencia T-406 de 1992. Para mayor precisión, frente al Estado Social de Derecho se expusó lo siguiente: “**A. Origen y delimitación conceptual**

1. Lo primero que debe ser advertido es que el término “social”, ahora agregado a la clásica fórmula del Estado de Derecho, no debe ser entendido como una simple muletilla retórica que proporciona un elegante toque de filantropía a la idea tradicional del derecho y del Estado. Una larga historia de transformaciones institucionales en las principales democracias constitucionales del mundo, está (sic) presente para dar testimonio de la trascendencia de este concepto.

2. La incidencia del Estado social de derecho en la organización sociopolítica puede ser descrita esquemáticamente desde dos puntos de vista: cuantitativo y cualitativo. Lo primero suele tratarse bajo el tema del **Estado bienestar** (welfare State, stato del benessere, L'Etat Providence) y lo segundo bajo el tema de **Estado constitucional democrático.** La delimitación entre ambos conceptos no es tajante; cada uno de ellos hace alusión a un aspecto específico de un mismo asunto. Su complementariedad es evidente.

a. El estado bienestar surgió a principios de siglo en Europa como respuesta a las demandas sociales; el movimiento obrero europeo, las reivindicaciones populares provenientes de las revoluciones Rusa y Mexicana y las innovaciones adoptadas durante la república de Weimar, la época del New Deal en los Estados Unidos, sirvieron para transformar el reducido Estado liberal en un complejo aparato políticoadministrativo jalonador de toda la dinámica social. Desde este punto de vista el Estado social puede ser definido como el Estado que garantiza estándares mínimos de salario, alimentación, salud, habitación, educación, asegurados para todos los ciudadanos bajo la idea de derecho y no simplemente de caridad (H.L. Wilensky, 1975).

b. Estado constitucional democrático ha sido la respuesta jurídico-política derivada de la actividad intervencionista del Estado. Dicha respuesta está fundada en nuevos valores-derechos consagrados por la segunda y tercera generación de derechos humanos y se manifiesta institucionalmente a través de la creación de mecanismos de democracia participativa, de control político y jurídico en el ejercicio del poder y sobre todo, a través de la consagración de un catálogo de principios y de derechos fundamentales que inspiran toda la interpretación y el funcionamiento de la organización política1

3. Estos cambios han producido en el derecho no sólo una transformación cuantitativa debida al aumento de la creación jurídica, sino también un cambio cualitativo, debido al surgimiento de una nueva manera de interpretar el derecho, cuyo concepto clave puede ser resumido de la siguiente manera: pérdida de la importancia sacramental del texto legal entendido como emanación de la voluntad popular y mayor preocupación por la justicia material y por el logro de soluciones que consulten la especificidad de los hechos. Estas características adquieren una relevancia especial en el campo del derecho constitucional, debido a la generalidad de sus textos y a la consagración que allí se hace de los principios básicos de la organización política. De aquí la enorme importancia que adquiere el juez constitucional en el Estado social de derecho.

4. La complejidad del sistema, tanto en lo que se refiere a los hechos objeto de la regulación, como a la regulación misma, hace infructuosa la pretensión racionalista que consiste en prever todos los conflictos sociales posibles para luego asignar a cada uno de ellos la solución normativa correspondiente. En el sistema jurídico del Estado social de derecho se acentúa de manera dramática el problema -planteado ya por Aristóteles- de la necesidad de adaptar, corregir, acondicionar la aplicación de la norma por medio de la intervención del juez. Pero esta intervención no se manifiesta sólo como el mecanismo necesario para solucionar una disfunción, sino también, y sobre todo, como un elemento indispensable para mejorar las condiciones de comunicación entre el derecho y la sociedad, es decir, para favorecer el logro del valor justicia (de la comunicación entre derecho y realidad), así ello conlleve un detrimento de la seguridad jurídica.

5. Es justamente aquí, en esta relación entre justicia y seguridad jurídica, en donde se encuentra el salto cualitativo ya mencionado: El sistema jurídico creado por el Estado liberal tenía su centro de gravedad en el concepto de ley, de código. La norma legal, en consecuencia, tenía una enorme importancia formal y material, como principal referente de la validez y como depositaria de la justicia y de la legitimidad del sistema. En el Estado intervencionista se desvanece buena parte de la importancia formal (validez) y de la importancia material (justicia) de la ley.

6. La Constitución colombiana recoge ampliamente los postulados normativos del Estado social de derecho. Ello se comprueba no solo al repasar lo consagrado en la lista de los principios y de la Carta de derechos, sino también en la organización del aparato estatal. El artículo primero de la Constitución es la clave normativa que irradia todo el texto fundamental:

Art. 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Por lo menos tres postulados se desprenden del artículo primero:

a) El Estado es definido a través de sus caracteres esenciales. Entre estos caracteres y el Estado la relación es ontológica: El Estado Colombiano es tal, en tanto sus elementos esenciales están presentes; no se trata de cualidades, capacidades o dotes del Estado, sino de su propia naturaleza, de su propio ser.

b) Los caracteres esenciales del Estado tienen que ver no solo con la organización entre poderes y la producción y aplicación del derecho, sino también y de manera especial, con el compromiso por la defensa de contenidos jurídicos materiales2 .

El sentido y alcance del artículo primero no puede ser desentrañado plenamente a partir de una interpretación reducida al análisis de su texto. Cada una de las palabras del artículo posee una enorme carga semántica, la cual a través de la historia del constitucionalismo occidental, se ha ido decantando en una serie de nociones básicas que delimitan su alcance y lo hacen coherente y razonable. Una interpretación que se aparte del contexto nacional e internacional en el cual han tenido formación los conceptos del artículo primero, puede dar lugar a soluciones amañadas y contradictorias.

En síntesis, la Constitución está (sic) concebida de tal manera que la parte orgánica de la misma solo adquiere sentido y razón de ser como aplicación y puesta en obra de los principios y de los derechos inscritos en la parte dogmática de la misma. La carta de derechos, la nacionalidad, la participación ciudadana, la estructura del Estado, las funciones de los poderes, los mecanismos de control, las elecciones, la organización territorial y los mecanismos de reforma, se comprenden y justifican como transmisión instrumental de los principios y valores constitucionales. No es posible, entonces, interpretar una institución o un procedimiento previsto por la Constitución por fuera de los contenidos materiales plasmados en los principios y derechos fundamentales.”

La Ley 100 de 1993 garantiza un derecho prestacional el cual le da a cada persona acceso a un plan de beneficios regulado y prevé evitar abusos de los mercados y del usuario de los servicios de salud mediante la regulación y modulación del

Estado . Esta teoría se enfoca en un Estado de Bienestar Liberal, que de acuerdo a Gøsta Esping-Andersen, se debe entender como:

> *"(…) [L]a ayuda a los que se comprueba que no tienen medios, las transferencias universales modestas o los planes modestos de seguros sociales. Los subsidios favorecen principalmente a una clientela con ingresos bajos, generalmente de clase obrera, dependientes del Estado. En este modelo, el progreso de la reforma social ha sido circunscrito rigurosamente por normas tradicionales y liberales de la ética del trabajo; aquí los límites de la protección social igualan a la propensión marginal a optar por la ayuda social en vez del trabajo. Por consiguiente, las reglas para estos derechos son estrictas y a menudo están asociadas a un estigma; los subsidios, por lo general, son modestos. A su vez, el Estado estimula el mercado, bien pasivamente -garantizando sólo un mínimo- o activamente -dando subsidios a planes privados de protección social."*[27]

Una visión similar a la establecida en países como Estados Unidos, de allí, que se aceptara el análisis hecho por el Consenso de Washington, donde el Estado es ineficiente, corrupto y sin conocimiento para satisfacer las necesidades de su población, como la necesidad misma de que los Estados debían incurrir en un nivel bajo de gasto público en su funcionamiento. En Colombia el presupuesto en salud del Ministerio de salud y protección social de Colombia y de sus entidades adscritas no supera el 2% de los recursos que se invierten en salud en el país, para gastos corrientes como de inversión.

El enfoque de la Ley 100 de 1993 se fundamenta en parte en la teoría de Cuasi-mercados y de Agente-Principal, esta última basa su acción en que el Principal, que en este caso es el Estado, le entrega al agente, que para el sistema de salud son las EPS o EAPB, para que haga la acción que debe cumplir el Estado de garantizar el derecho fundamental a la salud y por tal labor reciben un pago. Por lo tanto el Estado sólo puede ver en su totalidad los resultados de la acción de quien administra y gestiona los riesgos de salud.

Para reducir el riesgo moral del agente, se creó el sistema de salud bajo el enfoque de cuasi-mercados, que

> "tienen como objetivo consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como *derecho ciudadano, mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad, asociados con el uso de criterios de desempeño. El Estado, en cualquier caso, mantiene la función de financiamiento y se deslinda la función prestadora, mediante la transformación de las entidades públicas en instituciones sin fines de lucro u organizaciones públicas semiindependientes, o la participación privada en la prestación (Le Grand, 1999, p.169). Por su parte, en el caso de sistemas de salud articulados en torno al aseguramiento, se promueve la competencia entre aseguradores (Bach, 1999, p.3)".*[28]

El Sistema de Salud colombiano se enmarca en la teoría de Cuasi mercados porque "son y no son mercados", es decir, se promueve la competencia del mercado en la prestación de los derechos pero se pacta el precio, de acuerdo al presupuesto de los Estados, entre el prestador y el Estado, la ciudadanía se ve representada por los agentes, quienes tienen delegada la función de ser compradores, cuyas reglas y carácter las fija el Estado. (1997), La teoría económica de cuasi mercados, está en la base del enfoque de la Ley 100[29]/.

Con ocasión de la expedición de la Ley 100 se identificaron como problemáticas el envejecimiento de la población, las enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición, salud reproductiva, estilos de vida poco saludables ocasionando enfermedades crónicas no transmisibles, resurgimiento de enfermedades que se mantuvieron bajo control por mucho tiempo,

27 Esping-Andersen, Gøsta (1993), *Los tres mundos del Estado del bienestar*, Valencia, Alfons el Magnanim.

28 Sojo, Ana (2000), Reformas de gestión en Salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica, Santiago de Chile, División de Desarrollo Social CEPAL, Naciones Unidas.

29 Para estudio del documento a mayor profundidad ver: https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modeloinnovador-para-la-reforma-de-los-sistemas

lesiones personales, enfermedades mentales y la necesidad de inversión en salud pública, como también la necesidad de una reforma del sistema de salud. Se planteó obtener mayor cobertura.

Para ese momento se había hecho el siguiente análisis sobre los retos de los sistemas de salud para América Latina[30]:

COMPONENTE	TIPO DE RETO	
	Acumulado	Emergente
Población	- Rezago epidemiológico * Infecciones comunes * Desnutrición * Problemas de salud reproductiva - Brecha en salud - Inequidad	- Nuevas presiones * Enfermedades no transmisibles * Lesiones * Infecciones emergentes - Cambios en la demanda - Presiones políticas
Instituciones	- Cobertura insuficiente - Calidad técnica pobre - Ineficiencia en la asignación de recursos - Inadecuados procesos de referencia de pacientes - Baja capacidad resolutiva - Administración deficiente de las instituciones	- Escalada de costos - Incentivos inadecuados - Inseguridad financiera - Insatisfacción de los consumidores - Expansión tecnológica - Gerencia deficiente del sistema

Tabla 10 Retos para los sistemas de salud en América Latina

Fuente: https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas de salud.

Así mismo, analizaron que el sistema de salud era muy segmentado, además de ineficiente, poco articulado e integrado, además de inequitativo y no universal, de allí la importancia de agregar un nuevo actor que surtiera las funciones de articulador. Para eso la Ley 100 ideó la creación de un cuasi-mercado público, con un nuevo actor asegurador- EPS-y administrador de una unidad de pago por capitación -UPC- y quienes tendrían la labor de gestión de riesgo de la salud, alrededor de lo cual, gestionarían la contratación de la red de prestación de servicios y estarían habilitados para promocionar la salud y sortear las asimetrías de información en favor del usuario de los servicios.

El "pluralismo estructurado", que subyace a ese enfoque propuso eliminar la segmentación a través de una integración, donde el servicio ya no se fijará *"por grupos sociales, sino por funciones"*[31], donde los actores o instituciones se especializan en una sola tarea específica de la cadena a través de 4 funciones principales: (1) modulación, (2) financiamiento, (3) articulación y, (4) prestación (Ver imagen siguiente[32])

30 Figura 1 tomada del documento Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.

31 Londoño, Juan Luis, Frenk, Julio, Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina, 1997, Banco Interamericano de Desarrollo.

32 Figura 4b tomada del documento Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.

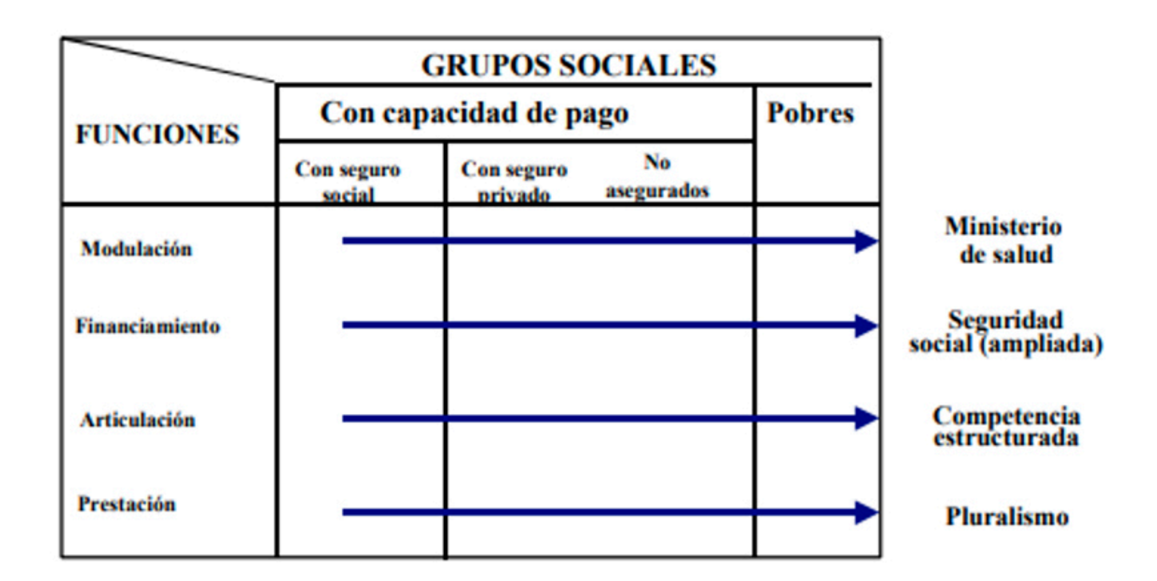


Tabla 11 Diseño propuesto de pluralismo estructurado

Fuente: https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas

La función de modulación quedó a cargo del Estado, a través del Ministerio de Salud, en la cual es responsable de ser quien dirige el sector a través de una regulación que garantice una relación entre actores o instituciones *"equilibrada, eficiente y equitativa"*[33] a través de reglas e incentivos, quienes además podrán delegar funciones de modulación a actores diferentes al Estado, es decir, una autorregulación de los mercados o regulaciones a otros actores del sistema.

El financiamiento quedó a cargo del Estado, subsidiando a quienes requieren los servicios, a través de la afiliación de población sin capacidad de pago por medio del régimen subsidiado.

El sistema de pago a los proveedores de servicios de salud, fue mediado por la función de aseguramiento, por lo cual el mecanismo para hacerlo fue el de subsidios a la demanda, bajo el principio de separar los subsidios de la oferta pública de la prestación del servicio de salud. El usuario para recibir un subsidio podría hacerlo en cualquier institución pública o privada. De esta forma se introduce un principio de competencia entre los proveedores de servicios y se haría factible desarrollar el principio de la libre escogencia de los usuarios de los servicios. Este principio obró en desmedro de la financiación de los puestos de salud y hospitales públicos, que, aunque muchos de ellos no fueran rentables financieramente generaban una rentabilidad social

La situación de los hospitales públicos, privados y mixtos, bajo este modelo se ha visto afectada a lo largo del tiempo, liquidando pasivos crecientes y una cartera en muchos casos de difícil o imposible cobro. Ello debido a que un número importante a lo largo del ciclo de vida del Sistema de salud emergido desde 1994, se han liquidado y ha sido imposible garantizar el pago a las fábricas de producción de la salud.

En síntesis, la prestación del servicio de salud quedó abierta a la competencia, adquiriendo el enfoque de pluralista, donde se puede acudir tanto a instituciones públicas, mixtas como a privadas, donde se aumenten las opciones de prestación de servicios para los usuarios. Se esperaba con ello hacer más competitivo el sistema de salud y por ello mismo lograr mayor eficiencia en la asignación de los recursos e integrar las instituciones por la vía del cuasi-mercado público.

33 Londoño, Juan Luis, Frenk, Julio, Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina, 1997, Banco Interamericano de Desarrollo.

Luego de más de una década de implementación, las relaciones que involucran a los denominados actores del SGSSS y a los usuarios derivaron en diferentes situaciones que afectan o han afectado el acceso efectivo al derecho a la salud, y los elementos básicos de su funcionamiento, tales como:

i) problemas en las coberturas y prestaciones (no cumplimiento del POS, prestaciones por fuera de los planes de beneficios, diferenciación entre regímenes en coberturas, falta de claridad en la regulación, períodos de carencia, calidad y oportunidad, y desequilibrio entre las necesidades individuales y colectivas); ii) afiliación (ámbito de la cobertura familiar y traslado de regímenes);

iii) fallas en el flujo de recursos (entre responsables de giro y las entidades territoriales, las entidades territoriales y las EPS del régimen subsidiado e IPS, las EPS y las IPS, y, falta de liquidación de contratos del régimen subsidiado); y,

iv) debilidad en la inspección, vigilancia y control (flaqueza en presencia e imposición de sanciones, centralización y, solución inoportuna de problemas al usuario);

v) emergencia de una gestión del riesgo y de un modelo de atención en salud que privilegia el tratamiento de la enfermedad, con menor atención a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud vi) liquidación de pérdidas y desaparición de recursos del sistema, que son de naturaleza pública que han acumulado unas cifras significativas; vi) amplia afiliación de la población, si bien el acceso efectivo de la misma al sistema no adquiere la misma proporción; vii) sistema con enormes porosidades en la atención de población dispersa, marginada y altamente vulnerable, lo que se manifiesta en los indicadores de salud que se han expuesto, que expresan asimetrías en los resultados de algunos trazadores básicos de salud;

viii) deudas abultadas de las EPS con los prestadores públicos, privados y mixtos, así como con otros proveedores.

Problemas que fueron advertidos no sólo por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, sino por el Gobierno Nacional, los cuales, si bien pueden considerarse como de carácter estructural, como una suerte de “desgaste” del modelo. Los cambios introducidos bien por el Congreso a través de las Leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007, en materia de competencias, actores y definición de elementos propios de la operación del SGSSS, o bien con la reglamentación de las mismas, estuvieron enmarcadas en las mismas reglas básicas del aseguramiento dispuesto en la Ley 100 de 1993.

Los ajustes establecidos en el año 2007, en líneas generales, fueron los siguientes:

- i. En materia de dirección y regulación. Crea la Comisión de Regulación en Salud para regular los elementos medulares del sistema: definición de los planes de beneficios y de la unidad de pago por capitación. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud pasó a asumir una labor de asesoría.

- ii. En cuanto a la Universalización y su financiación. Dispuso la cobertura universal en los siguientes tres años. Aumentó la cotización en 0,5%, incrementó las fuentes de financiación del régimen subsidiado y radicó en la Nación la obligación de presupuestar los recursos para la universalización.

- iii. Equilibrio entre los actores del sistema. Determinó la responsabilidad del aseguramiento y sus reglas, limitó la integración vertical, dispuso la contratación obligatoria del 60% con Empresas Sociales del Estado y para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y otorgó opciones para el aseguramiento de alto costo.

- iv. Racionalización, funcionamiento y mejoramiento en la prestación de servicios de salud. Dispuso la habilitación de IPS, estructura de las ESE, dinámica y gerencia de las mismas y, ordenó la prohibición de la prestación directa por parte de las entidades territoriales.

- v. Fortalecimiento en los programas de salud pública. Definió los elementos del Plan Nacional de Salud Pública y de supervisión en algunas materias.

- vi. Fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control. Señaló los ejes del sistema y otorgó facultades de conciliación, jurisdiccional y defensoría a la Superintendencia.

En relación con las funciones asignadas al Gobierno Nacional o al entonces Ministerio de la Protección Social, además de las indicadas en la Ley 100 de 1993, se destacan una serie de facultades ordinarias y reglamentarias que, en términos generales, se circunscriben a aspectos regulatorios del Sistema, a la presupuestación de los recursos en los diferentes fondos, cuentas y subcuentas, manejo interno de los regímenes, medidas para asegurar el flujo de los recursos y la posibilidad de giro directo, requisitos de habilitación de las EPS de ambos regímenes, condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante y conflictos de intereses, aseguramiento de alto costo, adopción del plan nacional de salud pública, reestructuración de la Superintendencia Nacional de Salud y fortalecimiento de sus responsabilidades, regulación de las cuentas maestras de las entidades territoriales, reglamentación de la contratación por capitación y del mecanismo de contratación de las interventorías del régimen subsidiado, trámite ante los Comités Técnicos Científicos de los servicios no incluidos en el POS y procedimiento de recobro, entre otros, pero todas ellas con las limitaciones que son propias en un Estado Social de Derecho, que consagra la independencia y equilibrio entre las ramas del poder público.

Si bien, en su mayor parte, se reglamentó la Ley 1122 de 2007, y también se ejercieron las facultades de intervención contenidas en el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, tales desarrollos no fueron suficientes para evitar el déficit creciente, la falta de liquidez y el compromiso en la sostenibilidad financiera, con todas las implicaciones que ello tiene en el goce efectivo del derecho a la salud; tales facultades claramente resultaron insuficientes para hacer frente a la crisis que se agravó en el sector de la salud en el año 2009.

Ante esta situación, que no podía ser enfrentada a través de los medios ordinarios existentes, llevó al Gobierno de la época a acudir al expediente de la declaratoria de emergencia social para adoptar medidas que le permitieran conjurar la problemática, pero esta fue declarada inconstitucional en la sentencia C-252 de 2010. Señalada la inexequibilidad de la declaratoria de emergencia social y, como resultado de ello, la inconstitucionalidad por consecuencia, de los decretos legislativos proferidos en vigencia de la misma, salvo el correspondiente a las medidas de carácter tributario para la obtención de mayores recursos y, respecto de las cuales se declaró la inconstitucionalidad diferida, en atención al exhorto efectuado al Gobierno y al Congreso para que abordaran, de manera integral y material los problemas que enfrentaba el sistema, en el año 2010, con la llegada del nuevo Gobierno, se adelantó la discusión del proyecto de ley que dio lugar a la expedición de la Ley 1438 de 2011.

La citada Ley recogió buena parte de las normas proferidas al amparo de la emergencia social y, según reza el objeto de la misma, a través de sus nueve títulos y ciento cuarenta y cinco (145) artículos buscó el fortalecimiento del SGSSS, pero formuló como su instrumento un modelo de prestación del servicio público en salud y, como estrategias, la atención primaria en salud y la creación de un ambiente sano y saludable; con lo cual es claro que se quería mantener el mismo esquema de aseguramiento, aunque se le dio una mayor cabida a los temas relacionados con la salud pública.

El título II reguló lo relacionado con la salud pública, la atención primaria en salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad dispuso la existencia de un plan decenal para la salud pública, la creación y funciones del Observatorio nacional de salud, como una dependencia del Instituto Nacional de Salud, las acciones, recursos, responsables y contratación de las citadas intervenciones, la adopción, definición y elementos de la estrategia de atención primaria en salud, el fortalecimiento de los servicios de baja complejidad y, la constitución y funciones de los equipos básicos de salud.

En relación con el aseguramiento, se dispuso la portabilidad nacional, la definición del monto máximo de los gastos de administración de las EPS para ambos regímenes, la actualización periódica del plan de beneficios, la nueva integración de los Comités Técnicos Científicos, la creación de la Junta Técnica-Científica de pares y, el término de caducidad para cobrar las prestaciones económicas; también estableció disposiciones especiales relacionadas con la administración del régimen subsidiado como el giro directo de la UPC y la facultad de definir los instrumentos para el recaudo y giro de recursos de las entidades territoriales, la universalización del aseguramiento, el aseguramiento en zonas dispersas, el subsidio parcial a la cotización y, la redefinición de los planes voluntarios de salud, coberturas, reglas para su aprobación y algunas condiciones de los contratos.

Para el financiamiento del SGSSS y sus ajustes precisó las fuentes de financiación de las acciones de salud pública, atención primaria en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad y dispuso la autorización de destinación de recursos del Fondo de Riesgos Profesionales y de la contribución parafiscal de las Cajas de Compensación Familiar; también fijó los recursos del régimen subsidiado, incluidas las nuevas fuentes derivadas del incremento del impuesto social a las armas y municiones y del impuesto ad valoren a las municiones y explosivos y, para el régimen contributivo, autorizó la distribución de los recursos "de solidaridad" provenientes de la cotización, el incremento de los recursos del seguro de desempleo de las Cajas de Compensación Familiar y la retención de aportes; de igual manera, creó el FONSAET para el pago de obligaciones de las ESE intervenidas por la Superintendencia.

El título VI referido a la prestación de servicios de salud definió las reglas para la contratación por capitación y las reglas en la contratación y trámite de glosas entre EPS e IPS, la obligatoriedad de la habilitación de las IPS, la regulación de las redes integradas de servicios de salud, la creación del sistema de emergencias médicas, la atención integral de la salud mental y la discapacidad, dispuso normas relacionadas con las instituciones prestadoras de servicios de salud pública y las empresas sociales del estado y autorizó la destinación de los mayores recursos provenientes del monopolio de juegos de suerte y azar para el cubrimiento del pasivo del sector salud, la determinación del riesgo financiero de las ESE, el saneamiento financiero y consecuencias de su incumplimiento.

En cuanto a medicamentos, insumos y dispositivos médicos previó la definición de una política farmacéutica, de insumos y dispositivos y amplió el objeto de la comisión nacional de precios de estas tecnologías; autorizó la creación del Instituto de evaluación tecnológica en salud, su integración y objetivos; facultó la definición de la política del talento humano en salud, redefinió y señaló los requisitos de los hospitales universitarios; entre otros.

Con relación a la inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, facultó su desconcentración, señaló el origen de los recursos para fortalecer las funciones de inspección vigilancia y control, actualizó los sujetos de inspección, vigilancia y control, precisó y adicionó causales y medidas cautelares en el ejercicio de la función jurisdiccional de esa superintendencia, incrementó valor de multas y sanciones y, creó la medida cautelar de cesación provisional de acciones que pongan en riesgo la vida o la integridad de los pacientes o el destino de los recursos del sistema.

En el título VIII se desarrolló lo relativo a los usuarios del sistema, para ello modificó sus deberes y obligaciones, y autorizó la definición de la política nacional de participación social. En las disposiciones finales se refirió a las enfermedades huérfanas, los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar, la difusión y capacitación para el desarrollo de la ley, la prueba del accidente de tránsito y, el término de reglamentación e implementación de la ley.

Adicionalmente, consagró en un título exclusivo, la atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia, los servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas, el restablecimiento de la salud de niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados y, la corresponsabilidad en su atención y cuidado, incluida la obligación de denunciar.

Los ajustes adelantados con la citada ley fueron objeto de una reglamentación parcial, bien por el Gobierno Nacional o bien por el Ministerio de la Protección Social y, objeto de algunas adiciones y modificaciones a través de la Ley 1450 de 2011 y, el Decreto Legislativo 019 de 2012,

Sin embargo, las diferentes medidas, en la práctica, no lograron contener el incremento del gasto ocasionado en la universalización de la afiliación, la equiparación de los planes de beneficios y, fundamentalmente, el incremento de los recobros derivados de las prestaciones no previstas en el plan de beneficios o del saneamiento de cartera derivado de los mismos; y si bien permitió mejorar el flujo de los recursos en el régimen subsidiado, no así entre los diferentes integrantes del Sistema, ni a garantizar el gasto creciente del mismo al punto tal que, en forma adicional, se requirió la expedición de otras dos leyes (1608 de 2013 y 1797 de 2016) tendientes a garantizar la financiación del aseguramiento, con la prelación que este componente tenía respecto de la financiación de la salud pública y la prestación de los servicios de salud por las entidades públicas o a cargo de las entidades territoriales.

De igual manera, a través de varias disposiciones contenidas en leyes anuales de presupuesto (1587 de 2012, 1687 de

2013, 1737 de 2014, 1769 de 2015, 1815 de 2016, 1873 de 2017, 1940 de 2018, 2008 de 2019, 2063 de 2020 y 2159 de 2021) se ordenaron medidas relacionadas con la operación misma del sistema de aseguramiento, la utilización de recursos de

propiedad de las entidades territoriales y la utilización que incorpora cambio de destinación de recursos del Sistema para el cumplimiento de la obligación financiera de cierre a cargo de la Nación.

En materia de operación del Sistema de Seguridad Social en Salud, entre otras medidas, se dispuso, giro directo de UPC a EPS e IPS en municipios y distritos con más de 100.000 habitantes, giro directo a IPS de mediana y alta complejidad en régimen subsidiado, reglas de afiliación de madres sustitutas del ICBF, pago de recobros según los valores máximos determinados por el Ministerio, autorizan girar recursos por desviaciones de siniestralidad de enfermedad renal crónicaERC, no corregidos por la cuenta de alto costo u otro mecanismo y, también pagos de recobros y reclamaciones por glosa única de extemporaneidad, entre otras.

En materia de utilización y cambio de destinación de recursos de las entidades territoriales, las leyes anuales de presupuesto, señalaron medidas como el uso de los recursos de las cuentas maestras del régimen subsidiado, uso de excedentes y recursos no comprometidos del SGP de oferta para el pago de deudas por prestación de servicios de vigencias anteriores y autorizan que los recursos girados por saneamiento de aportes patronales se destinen al saneamiento fiscal y financiero de las ESE, autorizan uso de excedentes de rentas cedidas para fortalecimiento de infraestructura y saneamiento de las ESE, giro de algunos recursos del sector en el FONPET para financiar el régimen subsidiado, ordenan traslado al Fosyga de los recursos del régimen subsidiado no utilizados y, utilización de los recursos propiedad de las entidades territoriales que posean en la ADRES para el cumplimiento de las obligaciones definidas en la ley 1753 de 2015.

En relación con la utilización y cambio de destinación de recursos del Sistema o del Presupuesto General de la Nación u otros recursos parafiscales, las citadas leyes anuales ordenaron el uso de los excedentes de la subcuenta ECAT para el aseguramiento y el financiamiento de otros programas, definieron reglas a la operación del préstamo inter fondos entre las subcuentas ECAT y de Compensación, autorizaron la financiación de las becas créditos del artículo 193 de Ley 100 con recursos del Fondo de Investigación en Salud-FIS, la condonación de las obligaciones de Caprecom con la Nación, autorización a las entidades sin ánimo de lucro que se hayan transformado en entidades públicas para acceder a recursos de saneamiento fiscal y financiero como si fueran ESE, plazos para la recuperación de compra de cartera, la condonación de las obligaciones derivadas de los préstamos inter fondos de las subcuentas del Fosyga, la disposición de recursos de los patrimonios autónomos de entidades liquidadas del sector para el aseguramiento, y, en la del año 2021, la autorización para establecer alianzas estratégicas en situaciones de pandemia.

Por último, el legislador también adoptó otras medidas tendientes a reforzar la inspección, vigilancia y control y a redefinir competencias y otorgar mayores facultades de carácter sancionatorio o de intervención a la Superintendencia Nacional de Salud o en concurrencia con otras entidades, a través de las Leyes 1949 y 1966 de 2019, e igualmente se consagraron algunas disposiciones para la operación del aseguramiento en salud y otras relacionadas con las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

En este lapso de tiempo, especial atención merece la expedición de la Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria en Salud la cual, previo examen de constitucionalidad de la Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014, consagra como derecho fundamental el derecho a la salud, y si bien no agota todos los elementos del derecho a la salud, en su primer capítulo, señala el objeto, declara la fundamentabilidad, autonomía e irrenunciabilidad del derecho, define el sistema de salud como el instrumento para materializar y garantizar el derecho, aborda sus elementos esenciales, principios, derechos y deberes, los contenidos, obligaciones del Estado, elementos, determinantes y sujetos de especial protección de la Observación General 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en desarrollo del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), la Carta Política y la jurisprudencia y los principios, evaluación y el sistema de salud de la legislación vigente.

El segundo capítulo prevé diferentes medios y mecanismos para garantizar y proteger el derecho, y señala la garantía del derecho a través de las prestaciones de salud bajo una concepción integral de la misma en todas sus fases de atención de la salud y prevé un régimen taxativo de exclusiones que no pueden ser financiadas con recursos públicos y cuya definición debe hacerse a través de un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente; un mecanismo técnico-científico con las mismas características también se prevé para la ampliación progresiva de los beneficios. El tercer capítulo está referido a los profesionales y trabajadores de la salud para recabar en su autonomía y en su desempeño laboral en condiciones justas, dignas y de estabilidad. El cuarto y último capítulo dispone la adopción de políticas públicas y la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas.

Bajo la consideración de que la garantía de las prestaciones de salud hace parte del disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita al ser humano vivir dignamente, consagrado en la citada Observación General 14, la Ley Estatutaria de Salud estableció que el sistema garantiza el derecho a través de la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud y unas exclusiones taxativas, en la que subyace una limitación en el acceso a servicios y tecnologías no cubiertas por el sistema de salud, salvo el tratamiento de enfermedades raras o huérfanas; en su implementación, teniendo como marco filosófico el utilitarismo y su principio según el cual, la mejor acción es aquella que produce la mayor felicidad para el mayor número de personas, se optó por la provisión de prestaciones de efectividad comprobada que beneficiaran al mayor número posible de personas con los recursos limitados disponibles[34] y a tal provisión se le denominó el acceso en la dimensión colectiva, en oposición al acceso en la dimensión individual.

El acceso a las prestaciones de salud en la dimensión colectiva se garantiza a través de los planes de beneficios organizados según el origen de la enfermedad, el del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dirigido a la población general y el del Sistema General de Riesgos Laborales, dirigido a los trabajadores; en el primero, se garantiza a toda la población el Plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC), la Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos (ATEP) para los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito y eventos catastróficos y, el Plan de Beneficios, antes denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), para la protección integral de la enfermedad general y la maternidad.

En el marco del aseguramiento, el plan de beneficios constituye el conjunto de prestaciones y tecnologías en salud que incluye las fases de promoción de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de la enfermedad; y rehabilitación de las secuelas; estas prestaciones se han incrementado teniendo en cuenta los cambios en la estructura demográfica, el perfil epidemiológico y carga de enfermedad de la población, la tecnología apropiada disponible en el país, las condiciones financieras del sistema y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

La actualización del plan de beneficios es un proceso de revisión integral permanente, continua, dinámica, participativa e incremental y ha sido realizada de manera anual, sin considerar la obligación legal de efectuarla cada dos (2) años. El conjunto de prestaciones en él contenidas se financia de manera ex ante, a través de las unidades de pago por capitaciónUPC que se reconoce mensualmente.

Como resultado de este proceso, desde el año 2015 a la fecha, el Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto la inclusión de 1630 tecnologías en salud y la aclaración de financiación de 1356 tecnologías en salud, a través de los siguientes actos administrativos:

Tabla 12 Actos Administrativos de Actualización de servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC, expedidos por Minsalud – DRBCTAS (2015-2022)

Resolución 5592 de 2015	"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS"
Resolución 0001 de 2016	"Por la cual se corrige la Resolución 5592 de 2015"
Resolución 6408 de 2016	"Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

34 Informe de Implementación de la Ley Estatutaria de Salud de Colombia. Papeles en Salud. Edición No. 12, mayo de 2017, Bogotá, D.C.

Resolución 0374 de 2017	"Por medio de la cual se corrigen unos errores formales en el Anexo No. 1 que hace parte integral de la Resolución 6408 de 2016 "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)""
Resolución 1687 de 2017	"Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones"
Resolución 5269 de 2017	"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"
Resolución 046 de 2018	"Por medio de la cual se corrigen unos errores de carácter formal en la Resolución 5269 de 2017 "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"
Resolución 5857 de 2018	"Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"
Resolución 3512 de 2019	"Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"
Resolución 2481 de 2020	"Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"
Resolución 163 de 2021	"Por la cual se modifica el artículo 40 de la Resolución 2481 de 202"
Resolución 2292 de 2021	"Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud-Subdirección de Beneficios en Aseguramiento (DRBCTAS – SBA)

De acuerdo con la información del Ministerio de Salud y Protección Social, hoy se tiene financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) el 96.9% de los procedimientos descritos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y, el 93.7% de los Códigos Únicos de Medicamentos (CUMS) disponibles y aprobados en el país, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla 13 Estado actual de la financiación de servicios y tecnologías en salud

FINANCIACIÓN	No. CUPS	%	No. CUMS	%
Financiado UPC	9.197	96,90%	58.610	89,90%
Financiado UPC Condicionado	0	0,00%	2.446	3,80%
Financiado No UPC	275	2,90%	4.079	6,30%
Exclusiones	18	0,19%	55	0,10%
FOME	4	0,04%	10	0,0%
Total general	9.494	100%	65.200	100%

Fuente: Elaboración propia de la DRBCTAS - SBA

El acceso a las prestaciones de salud en la dimensión individual se garantiza en la autorización y financiación de las prestaciones de salud no contenidas, ni excluidas del Plan de Beneficios, inicialmente, a través del Comité Técnico Científico (CTC) y del amparo de tutela y, con la entrada en vigencia de la Ley Estatutaria de Salud, se sustituye el CTC por un procedimiento denominado Mi Prescripción (MIPRES)[35], el mecanismo judicial de la tutela aún se mantiene para su reconocimiento y, su costo se reconocía de manera ex post hasta el mes de febrero de 2020 y, a partir del mes de marzo del mismo año, de manera ex ante, a través del denominado presupuesto máximo, determinado para cada una de las EPS.

Expuestas, grosso modo, algunas de las medidas de orden legal y reglamentario, dentro del ámbito de las facultades que el ordenamiento posibilitó al Congreso y al Gobierno Nacional, así como la responsabilidad que deviene de garantizar el derecho fundamental a la salud, si bien estuvo delimitado por la salvaguarda del modelo de aseguramiento previsto en el SGSSS, buscaron corregir, reorientar, enmendar o controlar el gasto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios; contrario al propósito perseguido, bien por la vía de demandas o bien por la vía de su implementación por parte de operadores judiciales, o del ente rector o de las EPS, sólo generaron prácticas nugatorias o contrarias al espíritu que las orientó o terminaron creando incentivos, igualmente, opuestos a las finalidades para las cuales se adoptaron:

1. Control tardío de las cuentas de recaudo de las EPS y aplicación de la medida de giro directo en el régimen contributivo

En la Ley 1122 de 2007 se dispuso el control del recaudo de aportes a las EPS mediante las denominadas cuentas maestras y la medida de giro directo cuando estas no pagaran de manera oportuna a las IPS. Esta disposición en lo relativo a las cuentas maestras sólo fue implementada cinco (5) años después, en el recaudo del mes de agosto de 2012, con ocasión de la implementación del Decreto 4023 de 2011 y, el giro directo para las EPS del régimen contributivo fue objeto de regulación en el año 2013 únicamente para las entidades en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación; hoy, en dicho régimen, sólo aplica la medida a las EPS que no cumplan con el patrimonio adecuado y a las entidades adaptadas.

2. Ineficacia de las medidas de control al gasto por prestaciones no incluidas en el PBS con cargo a la UPC

La misma ley estableció como norma de naturaleza sancionatoria el pago del 50% del recobro ordenado en fallo de tutela cuando la EPS propiciaba la tutela al no tramitar o no presentar oportunamente al Comité Técnico Científico (CTC), esta norma fue declarada exequible en las sentencias C-316 y C-463 de 2008 y, en este último pronunciamiento, se hizo extensiva a toda tutela en la cual se hubiere ordenado suministrar medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud, ordenados por el médico tratante, no incluidos en el Plan de beneficios.

El establecimiento de dicho control si bien evitó que se acudiera a la tutela para el reconocimiento por la vía del recobro, con una tendencia decreciente, pero un patrón creciente por la vía del CTC; ello no impidió que los recobros por CTC o por tutela se incrementaran en número y cuantía para su pago, pues de un total de 555.055 solicitudes por valor de $570.020’905.611 presentados en el año 2006[36] pasó a 3.936.432 solicitudes en cuantía de $3.423.000’000.000 radicados al cierre del año 2010[37]y sólo hasta el año 2011 pudo observarse un quiebre en la tendencia incremental del valor recobrado por los mismos.

Lo anterior podría inferirse de la adopción de medidas de control, tales como el control de precios de algunos medicamentos, aunque conllevó el incremento en el valor presentado de recobros por procedimientos e insumos, la definición de valores máximos de recobros, la actualización del plan de beneficios, y el giro de los valores aprobados de manera directa

35 Resoluciones 1328, 2158, 3951 y 5584 de 2016; 532 de 2017; 1885, 2438, 3055 y 5871 de 2018; 2966 de 2019 y 41656 de 2019 expedida por la ADRES; 094 de 2020 proferida por el Minsalud; y, 388, 2067, 2152, 2707, 3511 y 3512 de 2020 proferidas por la ADRES.

36 Según la base de datos de recobros administrada por el Consorcio FIDUFOSYGA 2005-2009.

37 Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). Cifras financieras del sector salud. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/cifras-financieras-del-sector-salud%20-boletin-numero-11.pdf

a los proveedores; según lo informado por el Ministerio y el ejercicio contrafactual elaborado, en el periodo 2011 a 2014 permitió ahorros del orden de 3,8 billones de pesos[38].

En relación con la actualización del plan de beneficios y los efectos en el gasto por concepto de recobros, si bien podría considerarse que ésta, de manera automática e inmediata, generaría una disminución en el volumen y monto de los recobros, se observa que no hay una correlación y, por el contrario, en los últimos seis años en los que, en cumplimiento de la Ley Estatutaria de Salud, se ha adelantado inclusión de tecnologías en salud, se ha producido un incremento en el gasto, como se advierte en la siguiente cuadro:

Cuadro 9. Actos Administrativos de Actualización de servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC VS valores presupuestados o pagados por recobros (2016-2022)

Acto Administrativo	Contenido Actualización	Valor Presupuestado o Pagado (vigencia siguiente)	Porcentaje Incremento anual
Resolución 5592 de 2015	Se amplió el tiempo de cobertura de la fórmula láctea para hijos de madres infectadas por VIH de 6 a 12 meses, se incluyeron 268 aclaraciones de concentración de formas farmacéuticas líquidas o sólidas estériles de administración parenteral con 74 concentraciones nuevas y 27 aclaraciones de cobertura, se establecieron 12 coberturas por subgrupos de medicamentos, 6 de ellos sin Valor Máximo de Reconocimiento (VMR) y las otras 6 con VRM y, se incluyeron los estereoisómeros de principios activos previstos en el plan.	1.441.479.026.305 (i)	
Resolución 6408 de 2016	Se amplió el suministro de tirillas y lancetas, según criterio del médico tratante y guías de práctica clínica; se aclararon 135 coberturas de otras formas farmacéuticas (cremas, ungüentos, jarabes, suspensión, gotas, entre otros), con 66 concentraciones y/o formas farmacéuticas nuevas y 6 aclaraciones de cobertura; se realizaron 9 agrupaciones de medicamentos con VRM y 3 agrupaciones de medicamentos sin VMR; se incluyeron los estereoisómeros de otros principios activos contemplados en el plan.	3.151.522.868.942 (i)	119%
Acto Administrativo	**Contenido Actualización**	**Valor Presupuestado o Pagado (vigencia siguiente)**	**Porcentaje Incremento anual**
Resolución 5269 de 2017	Se incluyeron 32 procedimientos, 79 principios activos y 2 dispositivos y se aclararon 261 procedimientos por actualización de la CUPS.	3.143.248.359.000 (i) y (ii)	-0,3%

38 Ibídem. Según la tendencia proyectada del periodo 2011-2014, que atiende el valor promedio del recobro para el año 2009, el porcentaje de glosa y el número real de recobros radicados para cada año del periodo.

Resolución 5857 de 2018	Se incluyeron 60 principios activos para 19 condiciones patológicas y se aclaró la financiación con recursos de la UPC para 34 procedimientos que ya estaban siendo financiados con la UPC.	4.158.824.486.048 (ii)	32%
Resolución 3512 de 2019	Se aclararon 3 procedimientos y 1 medicamento por actualización de la CUPS.	6.337.053.477.210 (iii)	52%
Resolución 2481 de 2020	En total se incluyeron 22 procedimientos y más de 8300 Códigos Únicos de Medicamentos en todas las concentraciones y formas farmacéuticas en diversas indicaciones que entran a completar la financiación con recursos de la UPC para los servicios y tecnologías de salud en todas las indicaciones autorizadas en el registro sanitario en Colombia	7.880.494.095.824 (iv)	24%
Resolución 2292 de 2021	Se incluyeron 653 procedimientos que se encontraban financiados a través de presupuestos máximos con lo cual se remunera el 97% de los procedimientos autorizados en el país y, respecto de medicamentos, más de 980 grupos relevantes (principios activos y formas farmacéuticas) que migran de la financiación con presupuestos máximos a la financiación con recursos de UPC, con lo cual aumentan los principios activos financiados con la UPC, de 459 a 1059 (incremento del 130%) que representan cerca de 21.000 Códigos Únicos de Medicamento (CUMS) equivalentes al 93.6% del total de CUMS autorizados en el país.	4.819.893.189.588 (v)	-39%

(i) Corresponde al valor presupuestado en el Fosyga.

(ii) Corresponde al valor ejecutado a 31 de diciembre del año siguiente por la ADRES.

(iii) El valor ejecutado incluye el pago de presupuestos máximos en ambos regímenes por valor de $4.174.048.734.474,02.

(iv) El valor ejecutado incluye el pago de presupuestos máximos en ambos regímenes por valor de $5.457.654.870.313,28.

(v) El valor ejecutado al 31 de agosto de 2022 alcanza la suma de $1.579.879.004.425,36.

En el año 2017, el Ministerio advirtió la complejidad para alcanzar un plan de beneficios, cada vez más implícito como lo ordenó la Ley 1751 de 2015 y consecuencialmente, con ello, la reducción del pago de prestaciones en la dimensión individual del derecho, entre otras, por las siguientes razones:

- La presión tecnológica que se traduce en la entrada de tecnologías no cubiertas por el Plan de manera abrupta, desordenada, con una disminución de su valor social y costosas para el Estado.

- La autonomía médica y la autorregulación que demanda el uso de la mejor evidencia clínica, transparencia y revelación de conflictos de intereses.
- La ausencia de incentivos a la calidad y resultados en salud.
- La desalineación de los incentivos entre los diferentes actores frente a un recobro o cobro por evento de los servicios no incluidos en el Plan y financiado por el Estado con riesgos de corrupción.
- La presión demográfica por envejecimiento y epidemiológica por mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.
- La multimorbilidad y mayor severidad de los pacientes lo que conlleva a la búsqueda concomitante de innovaciones tecnológicas y modelos de atención integrales. · El incremento de expectativas sociales de la población.

En relación con los sobrecostos de los medicamentos, tema que fue advertido por la Corte Constitucional,[39] como llamado a resolver para superar las fallas estructurales del Sistema, debe indicarse que el Ministerio de Salud y Protección Social, de manera individual o a través de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos-CNPMDM, ha expedido la regulación necesaria para superar esta problemática, entre otras, la definición de la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios de medicamentos, el sometimiento de algunos medicamentos y dispositivos a dicho régimen, el fortalecimiento del Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED con el objeto de proveer la información necesaria para la regulación del mercado de medicamentos en el país, la construcción de la metodología para regular los precios de los medicamentos nuevos, según lo dispuesto en el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015.

Como resultado de estas medidas regulatorias para la contención del gasto en materia de control de precios de medicamentos y algunos dispositivos médicos, desde el año 2013, la CNPMDM ha expedido 15 Circulares con la inclusión de 3.411 presentaciones comerciales que ha generado, según la estimación del Ministerio de Salud y Protección Social, una reducción promedio del 48% en el precio de medicamentos, que ha representado al segundo trimestre de 2022, una contención en el gasto de $3.7 billones , de los cuales $2,8 billones corresponden al canal institucional, entendido como el financiamiento con recursos públicos.[40]

El comportamiento incremental de los recobros, resulta paradójico frente a las inclusiones y aclaraciones del plan de beneficios y también llama la atención la modificación de la financiación de manera previa, a través de la figura de presupuestos máximos, que si bien comportó un procedimiento más expedito en tanto garantiza el acceso, prescripción, reporte de prescripción, suministro efectivo y, el pago de las prestaciones en la dimensión individual, cuya verificación, control y pago se efectúa a través de los procesos y procedimientos de validación por la herramienta tecnológica MIPRES, de todas maneras exige un control posterior, al tiempo que, el incremento del valor total pagado sugiere la urgencia de revisión o de creación de otros instrumentos o medios para su contención.

3. Precario control de la integración vertical, la posición dominante y prácticas tendientes a falsear la libre competencia en el SGSSS

Otra de las medidas de escasa o nula aplicación fue el límite pretendido a la integración vertical y la posición dominante establecidas en el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, consistente en la prohibición de destinar más del 30% del gasto en salud en la contratación de las EPS, de manera directa o a través de terceros, con sus propias IPS; cuyo examen de constitucionalidad fue definido a través de la sentencia C-1041 de 2007, en la cual declaró su exequibilidad condicionada, bajo el entendido de que las limitaciones de contratar, con sus propias IPS, no debe impedir que los afiliados y beneficiarios de una EPS, escojan libremente recibir o no los servicios médicos prestados por las IPS propias de dicha EPS y que tales servicios le sean efectivamente suministrados, ni la atención de los eventos de urgencia.

39 Según lo anotado en el Auto 263 de 2012.

40 Ver informe transversal de las acciones implementadas en el periodo 2018, a la fecha, para el acatamiento de las órdenes impartidas en el fallo estructural (Sentencia T-760 de 2008) y sus autos de seguimiento y valoración; presentado a la Corte Constitucional por el Ministerio de Salud y Protección Social el 27 de septiembre de 2022.

En la citada sentencia ordena a la Superintendencia Nacional de Salud precisar: i) el alcance de la expresión "con sus propias IPS" y, ii) el sentido de la fórmula empleada por el Legislador para limitar la integración vertical, a saber qué se entiende por "contratar con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud"; definición que realiza a través de la Resolución No. 1424 de 7 de octubre de 2008, *"Por la cual se modifica la Resolución 724 de junio 10 de 2008, contentiva del Plan Único de Cuentas para las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y Entidades que Administran Planes Adicionales de Salud y Servicios de Ambulancia por Demanda"* en cuyo artículo 5º define qué se entiende por IPS propia.

A través del Decreto 2221 de 2008 se dispuso que, la Superintendencia de industria y Comercio es la entidad competente para conocer las investigaciones sobre competencia desleal y prácticas restrictivas de la competencia, incluidas las de abuso de posición de dominio en el mercado, que se presenten en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud mantuvo lo relativo al conocimiento de los procesos sobre integración vertical patrimonial. Con posterioridad, a través del Decreto 2462 de 2013 desaparece como función expresa de la Supersalud el conocimiento de lo referido a la integración vertical, aspecto que es reiterado en la última reestructuración de esta entidad llevada a cabo a través del Decreto 1080 de 2021.

Al punto, debe considerarse que en el artículo 2º de la Ley 1966 de 2019 se reitera que la Superintendencia de Industria y Comercio es la entidad responsable de ejercer la vigilancia, control e inspección sobre la promoción de la competencia en el sector salud, mediante la imposición de multas cuando se infrinjan, entre otras, las disposiciones de prácticas comerciales restrictivas a la competencia y competencia desleal, fusiones y obtención de control de empresas en el mercado de la salud y el abuso de posición de dominante; y, que la Superintendencia de Sociedades es la entidad competente para adelantar las investigaciones tendientes a determinar si se configuran grupos empresariales o situaciones de control, en los términos del artículo 30 de la Ley 222 de 1995, formulación bajo la cual, podría considerarse que comprende la denominada integración vertical patrimonial.

Con lo anterior, es claro que la inspección, vigilancia y control de la integración vertical y de las prácticas tendientes a falsear la libre competencia en el sector salud no radican en el ente de control previsto en la operación del sistema de aseguramiento vigente, y que en la práctica, ante la multiplicidad de eventos que podrían ser investigados, en especial, derivados de la implementación y desarrollo del giro directo de recursos de UPC y de recobros, el resultado de las investigaciones que amerita el sector, adelantadas bien por la Superintendencia de Industria y Comercio o bien por la Superintendencia Nacional de Salud, ha sido exiguo[41] o casi nulo.

4. Carencia de regulación de los gastos administrativos de las entidades promotoras de salud de ambos regímenes

También merece especial atención la inexistencia de la norma y, por ende, la ausencia del estudio dispuesto en el año 2011 para determinar el porcentaje del valor de la unidad de pago por capitación-UPC de los dos regímenes para gastos administrativos, y que año a año, con la definición diferencial de la UPC para cada uno de ellos, se ha mantenido el valor máximo dispuesto en la ley, el 10% para el régimen contributivo y el 8% para el régimen subsidiado. La falta de reglamentación de esta materia, ni siquiera en términos especulativos, puede ser objeto de justificación en razón alguna.

5. Institucionalidad carente de espacios de participación y posible debilidad en la toma de decisiones

La institucionalidad creada en las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007, como organismos colegiados en los cuales se adoptaban las decisiones medulares del Sistema, a saber, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS y la Comisión de Regulación en Salud-CRES, desaparecieron bien por el cambio de funciones del CNSSS como órgano asesor y, en el caso de la CRES, por la orden de liquidación del Gobierno Nacional, con el consecuente traslado de sus funciones al Ministerio de Salud y Protección Social, lo que ha implicado la ausencia de pesos y contrapesos propios de la participación de diferentes integrantes del sector o de la conformación por personas técnicas llamadas a consultar y arbitrar los intereses en juego a través de sus decisiones.

41 Se destaca la investigación adelantada por la SIC a unas entidades promotoras de salud del régimen contributivo y a la entidad que las agremiaba por incurrir en la prohibición general de prácticas restrictivas de la competencia y por acuerdos contrarios a la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud que dio lugar a la imposición sanciones a las EPS como a ACEMI.

La existencia de una Comisión intersectorial como la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, integrada por los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de Salud y Protección Social, por el Departamento Nacional de Planeación, el Director del Instituto de Evaluación Tecnológica-IETS y un Delegado del Presidente de la República,[42] así como los Grupos Técnicos de Apoyo a la Comisión, con delegados técnicos de los integrantes de la misma, no constituye por su función una instancia colegiada de carácter participativo y democrático, y menos aún la instancia con el más alto grado de incidencia y producción de insumos para la toma de decisiones.

Por otra parte, en su integración, la intervención del Superintendente Nacional de Salud, como delegado del Presidente de la República, comporta una actuación de quien no puede tener la calidad de juez y parte frente a las ulteriores decisiones que adopte el Ministerio y, la intervención del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a través de funcionarios del nivel directivo, cuya injerencia y carácter determinante en las recomendaciones pueden presentar un presunto conflicto de intereses, derivado de su participación en la más grande entidad promotora de salud de naturaleza mixta.

Con lo anterior, es claro que, las decisiones en relación con el plan de beneficios no atienden las necesidades particulares de salud, ni los intereses de los integrantes del Sistema con lo cual, se desatiende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que las afectan o les interesa, como parte integrante del derecho fundamental a la salud previsto en la Ley estatutaria.

6. Ausencia de reglamentación de otras medidas necesarias para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud o para la operación del sistema de aseguramiento vigente

En la adopción de medidas de manera fragmentaria, inconexa o puntual para atender los requerimientos de financiación del Sistema, a la fecha, no se ha producido por el legislador, ni por el Gobierno Nacional, la reglamentación que permita garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, o corregir, de manera oportuna, prácticas o incentivos nocivos en la operación del modelo de aseguramiento que afectan el acceso efectivo a los servicios de salud de la población.

Así, en relación con lo dispuesto en la Ley Estatutaria de Salud, se tiene que hay un claro mandato al legislador para definir a través del sistema de salud, entre otros aspectos, las condiciones y términos para la provisión de las prestaciones en salud, las sanciones penales y disciplinarias a los Representantes Legales de las entidades responsables de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la negación de servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud, el mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente para ampliar progresivamente la prestación de servicios y tecnologías en salud y, el procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud.

En balance de lo ya dicho se concluye:

- Exceso de normas sobre sistemas de información diversos, diversos actores con propios sistemas de información y poca validación, auditoría y manejo de la información por parte del Estado, en especial, del Ministerio de Salud y Protección Social, quien debe ser el ente rector del sistema de salud, por lo que la calidad de la regulación puede tener información oculta no desentrañable de los actores del sistema, en cuanto a las tarifas de servicios, los costos de medicamentos y los productos tecnológicos;

- Las EPS quedaron con funciones dentro de los tres niveles del sistema de salud (modulación, articulación y prestación), que hace poco viable la maximización de beneficios para la sociedad representada en el Estado y la mejor gestión de los riesgos del mismo, al no tener la obligación clara de poner recursos dentro del sistema pero poder ganar recursos por medio de la administración, la prestación de servicios, la venta de servicios de sus operadores logísticos y la misma venta de medicamentos a través de farmacias, teniendo como fuentes de ingreso para la prestación del servicio la UPC, los pagos por medio de Cuentas de Alto Costo, los presupuestos máximos, los pagos de MIPRES previo y posterior, los recobros y demás adendas presupuestales, que en todo caso les da ventaja por ser los dueños de la información de la prestación de servicios;

42 Decreto 2562 de 2012.

- El Estado quedó con limitaciones para ejercer como regulador (modulador)[43], debido a: la falta de información validada; con funciones de financiación limitada para la prevención y predicción de salud y todo lo referente a salud pública, al quedar la mayoría de los recursos en aseguramiento, dando prioridad a la atención de la enfermedad y no a la prevención de esta;

- El Estado cuenta con baja inversión en hospitales y centros de salud públicos, casi nula actualmente. Con hospitales públicos existentes de baja o nula rentabilidad financiera por el tipo de poblaciones y servicios a los que presta cobertura, quedando así desfinanciados y un gran número en quiebra. Actualmente son menos del 10% de los prestadores de salud en el país, que se contrasta con la falta de oferta de servicios de salud en zonas dispersas del país, como de la población más pobre, además de ser de las IPS que no han recibido pagos por los servicios prestados a diversas EPS del país;

- IPS privadas, mixtas y públicas sin regulaciones, controles, vigilancia o sanciones claras, en donde hay una línea muy delgada en su relación con las EPS, ya que pueden desde ambos lados cooptar la función de articulación o prestación para mejores rendimientos financieros, ya que actualmente las EPS son quienes definen las redes de prestación de servicios para sus afiliados. La regulación actual privilegia la prestación del servicio con bajo o nulo control, que permite trasladar los recursos a las IPS aliadas de ellos, dejando deudas superiores a 16,6 billones con diversos prestadores de salud en el país, según el último reporte de la Superintendencia Nacional de Salud de 2022, afectando posiblemente con ello el principio de competencia leal entre los prestadores, como de pluralismo prometido a la ciudadanía y acceso cercano a servicios.

- La regulación desventajosa para las IPS públicas frente a las regulaciones de tarifas hechas a las IPS privadas, que permite un trato diferenciado en el tipo de facturación ejercida entre una y la otra, como el tipo de inversiones que pueden realizar, al ser Empresas Sociales del Estado.

- Se entregó la planificación de los servicios de salud al mercado a través de las EPS, lo que motiva a que se cierren servicios no rentables financieramente, como los de atención materno infantil, mientras se multiplican otros que generan rentabilidad financiera, como ayudas diagnósticas, UCIs de adultos, entre otros. Como ya se dijo, a las EPS se les entregó la posibilidad de contar con IPS propias para la prestación de servicios, como farmacias y operadores logísticos, donde no se puede hacer el mayor control para evitar pérdidas de recursos públicos, sin poder frenar o controlar los lucros exorbitantes en la cadena de prestación de servicios (Empresas Promotoras de Salud) y sus socios.

- La estrategia de privatización, junto con la débil capacidad regulatoria, durante el proceso de implementación del modelo de aseguramiento instaurado, conllevó a una suigéneris privatización de los servicios de salud a conveniencia de las EPS, plenas de poder económico, donde se atrapó al regulador con tres mecanismos: puerta giratoria, cooptación de funcionarios responsables de la regulación y control de la información para la toma de decisiones. Es de público conocimiento que algunas EPS cooptaron algunos funcionarios del Estado, responsables de la regulación, control o definición de la política pública de salud[44].

- La información para decidir el incremento anual de la Unidad de Pago por Capitación (Monto per cápita que gira el Estado a las EPS por cada afiliado al año) se ha basado durante todo el funcionamiento del Sistema, en la información presentada por las EPS, en parte porque el Estado no cuenta con información de calidad y validada que permita identificar los reales costos del sistema para determinar la UPC. Para las EPS no hubo claridad sobre la destinación de recursos públicos de la salud, si los dineros públicos que ingresaban a las EPS hacían o no parte del patrimonio de las mismas, o si este tipo de aseguradoras operaban en el marco normativo del aseguramiento comercial o la seguridad social. Así mismo, la UPC fue calculada a través de mayor uso del servicio y no se revisó la desigualdad que generaba al no financiar a las personas que contaban con menores ingresos y con menos posibilidad de usar los servicios de salud.

43 (1) dirección, planeación, evaluación, vigilancia, control y sanción; (2) actividades intermedias o de administración de los recursos, financiación y manejo de la información para la prestación de los servicios de salud.

44 /Uno de los casos conocidos que demuestra esta situación fue la del ex congresista Holger Horacio Díaz, quien fue sancionado por la sala plena del Consejo de Estado, al demostrarle que recibió recursos por parte de Carlos Gustavo Palacino, el entonces presidente de Saludcoop, para condicionar el articulado de una reforma a la salud (Semana, 2017). También es conocido el caso del ex Fiscal General de la Nación, Eduardo Montealegre, quien antes de ingresar a la fiscalía, prestó asesoría jurídica a Saludcoop. Al asumir el cargo en el ente de control no declaró conflictos de intereses para asumir las investigaciones penales derivados de la sanción fiscal establecida a esta entidad por la Contraloría General de la República en 2011.

- La Corte Constitucional tuvo que aclarar que los recursos de la salud eran recursos públicos por medio de la Sentencia SU-480 de 1997: "(…) En consecuencia, las Entidades nacionales o territoriales que participen en el proceso de gestión de estos recursos no pueden confundirlos con los propios y deben acelerar su entrega a sus destinatarios. Ni mucho menos las EPS pueden considerar esos recursos parafiscales como parte de su patrimonio (...)". Riesgos que se tomaron en el manejo de los recursos por el exceso de poder y funciones entregadas a las EPS, la falta de rectoría del sistema por parte del Estado, debido a las mismas limitaciones normativas, como se observa, y, la falta de cumplimiento de competencia leal entre los actores del sistema, por las mismas normas que fomentaron la desigualdad al interior del mismo.

III. ALCANCE DEL ARTICULADO DE LA REFORMA

A. Consideraciones generales

El cambio es por la vida de cada persona que habita el territorio colombiano. Esta propuesta espera ser un nuevo camino para la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud desde el cuidado de la vida y el acceso oportuno y de calidad a la atención en salud de cada persona que habita el territorio colombiano según las reglas establecidas por el Estado colombiano. Así mismo, este proyecto de ley busca armonizar el sistema de salud colombiano con lo expuesto por la Corte Constitucional y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en la búsqueda de *"(…) la creación de condiciones razonables de vida (…)"*[45]. El nuevo sistema de salud "*busca que los trámites administrativos a los que está sujeto el paciente sean razonables, no demoren excesivamente el acceso y no impongan al interesado una carga que no le corresponde asumir.*"[46] Y a la vez, busca que se haga *"el mejor uso social y económico de los recursos, servicios y tecnologías en aras de garantizar el derecho a la salud para toda la población"*[47]. Esta iniciativa hace parte de la confluencia de diversos esfuerzos, análisis y reflexiones sobre el sistema de salud en Colombia, con propuestas hechas desde hace más de 10 años por diversos actores, por lo que desde el ejercicio hecho desde la sociedad civil de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y por una Reforma Estructural al Sistema de Salud y de la Seguridad Social nace este proyecto de ley, que busca ser suscrita y discutida por la diversidad de la sociedad civil junto al gobierno nacional, diversos gobiernos locales y la ciudadanía en general.

Cuando la Corte Constitucional sentó precedente jurisprudencial para decirle al país y a todo el Estado colombiano que la salud es un derecho fundamental atípico nos recordó que *"(…) son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo (…)",* visión que hemos compartido desde la creación de nuestro contrato social, la Constitución Política de Colombia de 1991, todas las personas que en el transcurso de estos años hemos aportado desde diversas orillas para decir que el centro de nuestro acuerdo es la vida digna de cada persona y por ende merecemos un sistema de salud que ponga la vida en el centro. Por eso, no hay misión más importante del Estado y de la sociedad civil que trabajar sin descanso para tener un sistema de salud donde se desmercantilice el derecho fundamental a la salud y asuma la misión de ser un sistema universal, solidario y eficiente. A la fecha nuestro marco legal principal se encuentra en las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1608 de 2013, 1751 de 2015, 1753 de 2015, 1955 de 2019 y 2015 de 2020. Marco legal que debe ser armonizado para cumplir con las normas superiores, como los tratados internacionales, observaciones de los entes internacionales, la Constitución Política de Colombia y la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

En el marco del desarrollo de la reforma estructural del sistema de salud se encuentra la Ley estatutaria 1751 de 2015, la Constitución Política, las Sentencias T-760 de 2008 y C-313 de 2015 de la Corte Constitucional y las recomendaciones, así como acuerdos internacionales. Por eso, retomando la conceptualización y comprensión del derecho fundamental a la salud, según la OMS el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud; en consecuencia, el Sistema de Salud garantiza el goce efectivo del mismo mediante el acceso universal a los bienes y servicios de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y de paliación necesarios a cada persona en el marco de un modelo de desarrollo y atención integral, intersectorial, transectorial y oportuna de los daños, enfermedades endémicas, epidémicas, raras, ultra

45 Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 "Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia" Título: Derechos sociales

46 Sentencia T-073 de 2012 M.P Jorge Iván Palacio Palacio.

47 Sentencia C-313 de 2014.

huérfanas, laborales, accidentes laborales, de tránsito, de conflicto armado en Colombia, y demás problemas de salud que puedan presentarse. Como también, para garantizar más años de vida saludable el cuidado de la vida debe tener una mirada integral, con políticas públicas que fomenten desde diversas orillas hábitos de vida saludable, acceso a servicios públicos indispensables, acceso a vías terciarias y secundarias en buen estado, agua potable, vivienda digna, seguridad alimentaria, educación, como de estrategias de atención para prevención y predicción de enfermedades desde la persona, la familia, la comunidad, la sociedad en general y el Estado. Por ello, el componente de salud pública y determinantes sociales cobran profunda importancia en la garantía del derecho fundamental a la salud en este proyecto de ley.

El nuevo sistema de salud tiene como objetivo cuidar la vida de cada persona, familia, comunidad y sociedad, tiene como principal objetivo cumplir con los principios fundantes de la salud: dignidad humana, universalidad, eficiencia, solidaridad, igualdad y equidad, que no solo se encuentran en la carta magna, sino que han sido desarrollados e interpretados desde la jurisprudencia de la Corte Constitucional, es importante aclarar que si bien la equidad no se encuentra explícitamente citado, sus definiciones y sentido mismo ha sido visto en conjunto con el principio y derecho a la igualdad. Desde el mismo objeto del proyecto de ley, en su artículo 1, inciso segundo, plantea el camino encontrado para dar cumplimiento a las necesidades del derecho fundamental a la salud, el sistema de salud *"(...) se fundamenta en el aseguramiento social en salud como la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado."*

Este nuevo sistema de salud se caracteriza por haber tomado diversas experiencias mundiales y la propia experiencia colombiana, de acuerdo a los determinantes sociales, las condiciones geográficas del país y las necesidades en salud que se han descrito por expertos y comunidades frente a la calidad de vida, acceso a servicios de salud de manera oportuna y de calidad, universalidad, solidaridad y eficiencia en el cumplimiento del derecho fundamental a la salud. De allí, que el nuevo sistema de salud se planteé como un sistema de cobertura universal inmediata de salud que busque cuidar la vida digna para obtener mejores años de vida saludable. Cada habitante obtendrá de manera oportuna y con calidad acceso a los servicios de salud, como acciones para cubrir los determinantes sociales en salud, de la prevención y predicción en un tiempo prudencial que evite aumentar los efectos de la falta de atención en salud a tiempo. Por eso, este nuevo modelo de salud ha definido la atención en cinco grandes grupos: (i) Rectoría del sistema a través de la regulación, inspección, vigilancia y control; (ii) financiación y administración de los recursos; (iii) territorios de salud y Redes Integradas e Integrales de Salud; y, (iv) Prestación de mediana y alta complejidad; y, (v) Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud desde una mirada individual, familiar y comunitaria.

Así mismo, cuenta con cuatro estrategias transversales para hacer posible el goce efectivo del derecho fundamental a la salud: (i) Sistema Público Integrado de Información en Salud (SPUIS); (ii) Régimen Laboral Especial en Salud en entidades Públicas y derechos laborales del sector salud; (iii) salud pública y determinantes sociales de la salud; y, (iv) participación ciudadana. Este nuevo sistema contempla que para que dicho modelo tenga funcionalidad a futuro deberá centrarse en la rentabilidad social y no en la rentabilidad económica, debe buscar mejorar la atención preventiva, predictiva, curativa, de rehabilitación y paliativo del paciente a través del acceso a los servicios de salud con calidad y oportunidad en todo el territorio colombiano, como también garantizar aumento de personal sanitario en diversas partes del país a través de mejorar las condiciones laborales y contractuales de los trabajadores de la salud, como fortalecer y apoyar la educación superior en salud, regulación y apoyo a la ciencia, innovación y tecnología en salud, como la garantía de mayor y mejor acceso a medicamentos dentro del país.

Para dar un desarrollo completo del nuevo sistema de salud se explicará los 5 grandes grupos que conforman el sistema de salud:

(i) Rectoría del sistema de salud. El Estado colombiano ejercerá el gobierno del Nuevo Sistema Seguridad Social en Salud a través del Ministerio de Salud y Protección Social, para el diseño de las políticas públicas en la materia, así como de las reglas de juego que deberán cumplir todos los actores del sistema de salud. La rectoría del sistema de salud se ejercerá junto al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que estará conformado por el ministro de Salud y Protección Social, el ministro de Hacienda y por representantes de otros entes descentralizados y organizaciones representativas de la sociedad civil; será el encargado de definir las políticas públicas de salud y se constituye como Consejo Nacional de Salud.

Conforme a los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia y los artículos 2 y 4 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la rectoría estará a cargo del Estado nacional. El Consejo Nacional de Salud direccionarán la concertación de políticas públicas de salud, podrán tener iniciativa normativa, así mismo el Consejo Nacional de Salud evaluará y generará informes sobre el desarrollo del mismo. Su conformación se encuentra desarrollado en el artículo 12 del presente proyecto de ley.

Por otro lado, para la correcta inspección, vigilancia y control para la garantía del derecho fundamental a la salud, la Superintendencia de Salud se encargará de vigilar la prestación adecuada de todas las instituciones de prestación de servicios, debe resolver las quejas que se hagan frente el manejo de los recursos de los fondos regionales y el fondo nacional; y la resolución de la respuesta oportuna a las quejas, reclamos y solicitudes de información de los ciudadanos en todos los niveles de atención del sistema de salud.

Las actuaciones de este organismo deben responder en un tiempo corto que no debe superar las 72 horas, con esto se podría lograr la des judicialización del sistema, sin perjuicio de la protección constitucional del derecho a la tutela. La Supersalud responderá por su gestión ante el Estado colombiano en las instancias competentes como son el Ministerio de Salud y Seguridad Social, el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud.

Las Políticas de formación, capacitación y actualización del recurso humano, Farmacéutica y de Evaluación de Tecnologías e Innovaciones en Salud, como el régimen disciplinario y sancionatorio, así como la autonomía profesional y autorregulación entra dentro del marco normativo que regulará el Estado, en pro del goce efectivo del derecho fundamental de la salud, conforme a la Ley 1751 de 2015 (artículos 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23) y la Sentencia C-313 de 2014.

(ii) Financiación y administración de los recursos del Sistema Universal de Salud. La financiación del sistema de salud se basará en la filosofía constitucional del aporte conforme a los ingresos a los impuestos nacionales, de allí que se afirme que todos ponen a través de la cotización de las y los trabajadores, como desde las diversas fuentes de recaudación territorial y nacional vía impuestos.

La administración de los dineros será descentralizada y desconcentrada mediante un manejo técnico y transparente de los recursos. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES, será quien administre los recursos públicos de la salud, parafiscales en el orden nacional, tal como indica los artículos del 21 al 33 del presente proyecto de ley y los recursos del Fondo Único Público para la Salud a los Fondos Territoriales de Salud serán los mismos del Sistema General de Participaciones (SGP), la equidad y la rentabilidad social, en donde se establecen las normas de destinación y competencias nacionales, regionales y territoriales a través de los artículos del 34 al 52 del presente proyecto de Ley.

La gestión del riesgo financiero estará a cargo del Estado a través de ADRES y la gestión del riesgo en salud en la Atención Primaria Integral en Salud en los territorios, los diseños, seguimientos y evaluación de la política pública en salud en pro de mejorar el tipo de atención y las variables de cada territorio, población y persona en la atención preventiva y predictiva de las personas, la familia y la comunidad. Así mismo, el riesgo operativo seguirá estando a cargo de los prestadores de salud, ya sean clínicas, Instituciones Sanitarias Estatales o mixtas.

Por último, para la administración correcta de los recursos estarán a cargo de la dirección y administración del sistema unidades técnico-administrativas dependientes de los Territorios Saludables en los niveles departamental, distrital y municipal, y del Ministerio de Salud y Protección Social a nivel nacional. Qué en todo caso, como se explicó anteriormente, los recursos manejados por las instancias departamentales, municipales y distritales serán en su mayoría los correspondientes al Sistema General de Participación, para lo demás, corresponderá a la estructura desconcentrada de ADRES, que contará con la participación regional para la toma de decisiones de forma más eficiente. Por lo que también existirán instancias territoriales como el Consejos Regionales de Administración de Seguridad Social en Salud, Consejos Regionales de Planeación y Evaluación en Salud, Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud de orden

Departamental y Distrital, las direcciones o secretarías de salud, Superintendencias regionales y oficinas regionales de ADRES, también llamadas Fondos Regionales. La cuenta de Atención Primaria en Salud, que se encarga de los recursos del SGP será sin situación de fondos y será de giro directo de La ADRES.

(iii) Territorios de Salud. El mapa sanitario del país estará conformado por Territorios de Salud establecidos conforme a las características epidemiológicas, sociodemográficas, económicas, geográficas y de servicios públicos de cada región colombiana, que constituirá sus propios entes rectores territoriales. Esto supone que un Territorio de Salud puede estar compuesto por segmentos de divisiones político-administrativas distintas que comparten, esencialmente, características epidemiológicas, culturales, geográficas, cercanía entre sí y lejanía de sus centros administrativos departamentales (Ejemplo: Girardot, Ricaurte, Flandes, Melgar, donde confluyen Cundinamarca y Tolima; Cravo Norte, Mochuelo, La Culebra, donde confluyen Arauca, Casanare y Vichada). A su vez, los territorios de Salud se constituirán así mismo por Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud y Centros de Atención Primaria de Salud, que atenderán la baja, mediana y alta complejidad.

Las redes integradas e integrales de salud, conforme al artículo 13 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Sentencia C313 de 2014, serán entendidas como una forma de organización de instituciones y servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privado o mixto, dispuestos a rendir cuentas al Estado y a la sociedad, que se articulan para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud mediante la atención integral de las personas y comunidades adscritas por territorios, en el marco de los principios del Sistema de Salud, desde el "*(...)acceso efectivo para todos los usuarios a los servicios y tecnologías que ofrece el sistema de salud, sin las limitaciones que surgen de la idea de sistema integrado de salud, pues el fin constitucional de satisfacción del principio de integralidad*"[48]. Las Redes Integradas e Integrales responderán a un sistema nacional de referencia y contrarreferencia, organizado en y por los Territorios de Salud de cada departamento y distrito con el apoyo de las diversas instancias de planeación y participación ciudadana, que garanticen la continuidad, integralidad, oportunidad y eficiencia de la atención en salud (artículos 4, 13 y 8 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional) y artículos 37, del 78 al 96, como del 100 al 102 del Proyecto de Ley.

(iv) Prestación de mediana y alta complejidad. Si bien, la prestación de servicios de mediana y alta complejidad se regirán por las Redes Integradas e Integrales, cumplen una parte importante dentro de la estructura de funcionamiento del nuevo sistema. Primero, se usarán los estándares internacionales de medición de niveles de atención: baja, mediana y alta complejidad. Por otro lado, se determinarán también por tipologías, que se indicarán conforme a relación geográfica, portafolio de servicios (niveles de complejidad), talento humano requerido y demás que contemple su regulación. La baja complejidad será desarrollada por los entes territoriales, acorde a la política nacional, dentro de la Atención Primaria Integral en Salud, que en todo caso podrá ser prestada por Instituciones de Salud del Estado, prestadores privados o mixtos.

Por ende, la prestación de los servicios de mediana y alta complejidad se prestarán conforme a la remisión (referencia) de necesidades médicas que hagan los Centros de Atención Primaria en Salud a la Red Integrada e Integral de Salud a la que haga parte el o la paciente, conforme a las preferencias del mismo y disponibilidad para la atención por parte de la prestadora. Las urgencias, conforme a las normas internacionales, la Constitución y el desarrollo jurisprudencial deberán ser prestadas sin posibilidades de negación de prestación de servicios cuando exista la disponibilidad en cualquier institución prestadora de servicios de salud, sea privada, pública o mixta.

En ese sentido, las disposiciones de la sentencia C-313 de 2014, en la cual cualquier persona residente en el territorio nacional podrá recibir servicios en las instituciones especializadas y hospitalarias de acuerdo con las órdenes de su médico de atención primaria sin que medie autorización de algún intermediario, de acuerdo a los principios de autonomía profesional y autorregulación. Esta institución prestadora estará organizada en red integrada e integral con otras instituciones de carácter público, privado o mixto. Esta red conforme el nivel de complejidad requerido por el ciudadano paciente, se circunscribe a su territorio o al nacional según la disponibilidad de servicios y tecnologías en salud. La autoridad sanitaria de la red será ejercida por las unidades territoriales de salud, conforme a los lineamientos estipulados por el consejo nacional de salud y el correspondiente consejo territorial de salud. Los prestadores de mediana y alta complejidad serán vigilados por la Superintendencia de Salud, ADRES, Superintendencia de Sociedades, Superintendencia de Industria y Comercio y demás entes de control del Estado,

(v) Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. La atención primaria será la puerta de entrada al sistema, a través de los Centros de Atención Primaria en Salud, en donde la población se adscribirá al CAPS más cercano a su casa. Los CAPS se encargarán de atender máximo veinticinco mil habitantes, de acuerdo a las variables que determine su territorio, ya sea barrio, localidad, municipio u otro determinante, que permita cubrir las necesidades primarias en salud de la

48 Sentencia C-313 de 2014

comunidad en la que se encuentre, a través de las funciones de salud que se le incorporen normativamente al nivel bajo de atención, desde el cuidado familiar, nutricional, psicológico, general, odontología, entre otros, que así mismo se disponga dentro de su marco regulatorio. Además, los CAPS se harán cargo de hacer las referencias para la atención en salud de un paciente que deba ser remitido de su Centro de Atención Primaria en Salud a una de la red integrada e integral que responda a las necesidades del paciente, como de revisar la idoneidad del prestador para la atención de urgencias o de tratamientos de salud de cada paciente, con el fin de garantizar el acceso oportuno y de calidad de cada paciente. Así mismo, el paciente deberá tener contrarreferencia, para que su atención y cuidado sea devuelto al territorio con la información y requerimientos institucionales requeridos para su cuidado por parte del Centro de Atención Primaria en Salud o de cualquier otro integrante de la Red Integrada e Integral de Salud que haga parte el paciente y según el nivel de complejidad de la atención que así requiera, respondiendo, conforme a las indicaciones ofrecidas por la IPS de mediana o alta complejidad que prestó el servicio, correspondientes al artículo 88 al 91 y del 98 al 99 del presente proyecto de ley.

Los Centros serán sede de los programas y equipos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social con la población asignada. Igualmente, serán el punto de origen obligatorio de las ordenes de referencia para la atención de la población asignada hacia la red hospitalaria y especializada de mediana y alta complejidad. Los servicios básicos deberán ser integrados progresivamente a la locación física del Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, pero podrán disponerse inicialmente en las cercanías o incluso podrán contratarse algunos temporalmente, mientras se desarrolla la infraestructura propia.

Las cuatro estrategias transversales para hacer posible el goce efectivo del derecho fundamental a la salud:

(i) Sistema Público Integrado de Información en Salud (SPUIS). Busca ser un sistema de información único que con alta tecnología de última generación, transparente y de carácter público garantice eficiencia del manejo de los recursos e información pública que permita ser auditada en cualquier momento, como un cuidado real de la información, mayor trazabilidad de los servicios prestados y las necesidades requeridas de las diversas poblaciones en Colombia y atención real para el paciente, quien tendrá acceso a su historia clínica y todo servicio prestado. El Sistema de Información permanecerá disponible en línea y tiempo real, tanto para el seguimiento de las necesidades médicas de la población, las alarmas epidemiológicas, la historia clínica hasta del pago por prestación de servicios médicos de mediana y alta complejidad, conforme a los artículos 19 y 21 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Todas las personas e instituciones del nivel nacional como local deberán reportar toda la información del sistema a este, que tendrá diversos niveles de acceso, de acuerdo a la necesidades y funciones requeridas para el correcto funcionamiento.

(ii) Régimen Laboral Especial en Salud en entidades Públicas y derechos laborales del sector salud. El nuevo Sistema garantizará a los trabajadores de la salud el disfrute de condiciones laborales justas, dignas y estables, y respetará sus derechos adquiridos (artículo 18 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015). Para ello, se desarrolló dentro del Proyecto de Ley en sus artículos 74 y 75 para los trabajadores del sector público, el artículo 134 para el sector privado y como régimen especial para trabajadores de la salud se tendrá el capítulo XV, que se encuentran cobijados por el Código Sustantivo del Trabajo en su capítulo iv y las recomendaciones de la OIT en la materia.

Así mismo, por las normas especiales para empleados públicos, los trabajadores de la salud del sector público se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 en términos de jornada laboral, sobre la remuneración y derechos de negociación colectiva será conforme la Ley 4 de 1992, la administración de personal será aplicable lo dispuesto en el Decreto Ley 2400 de 1968, la Ley 909 de 2004 frente a retiro o supresión del cargo y el régimen disciplinario corresponderá a la Ley 1952 de 2019. También lo establecido para el director y capacitación del personal en salud se tendrá en cuenta lo establecido del artículo 68 al 71 del proyecto de ley.

(iii) Salud pública. El nuevo sistema de salud busca darle mayor preponderancia a la función del Estado de cuidar la vida a través de aumentar y mejorar sus capacidades para el diseño de políticas públicas que permitan evaluar constantemente los problemas de salud de la población, los determinantes sociales en salud más relevantes, contar con el talento humano e infraestructura necesaria en diversos territorios, en especial, aquellos que no cuentan con capacidad financiera propia, para el cuidado de la vida a través de políticas orientadas más a la rentabilidad social y no económica de las Instituciones Sanitarias Estatales para "(...) garantizar el acceso a todas las intervenciones y servicios de salud pública."49 Que en

49 Ver link: Funciones esenciales de salud pública - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

todo caso, buscará fortalecer el sistema de salud colombiano. Dentro del proyecto de ley se encuentra en los capítulos I, II, III, IV, VIII, IX y XV. En especial, su definición se encuentra en el capítulo I, artículo 6, numeral 3.

La pandemia dejó como gran aprendizaje al mundo moderno la importancia de tener una salud pública fuerte que permita responder a circunstancias tan gravosas como lo vivido para millones de familias en todo el planeta tierra con el Covid-19, de allí, la importancia de siempre propender por mejorar y armonizar los sistemas de salud a las necesidades en salud de la población para más años de vida saludable, Ya la OPS ha expuesto la importancia de retomar la salud pública en los diversos países del mundo, teniendo en cuenta los siguientes puntos:

"i) la necesidad de aplicar valores éticos de la salud pública para abordar las inequidades en relación con la salud y sus causas, ii) abordar las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que determinan la salud de las poblaciones, iii) garantizar el acceso universal a servicios de salud pública integrales e integrados, individuales y colectivos y, iv) expandir la función de rectoría de las autoridades de salud para abordar los desafíos de la salud pública."[50]

(iv) Participación ciudadana. Dentro de las características trazadoras de este proyecto de ley, es la búsqueda de un sistema de salud que escuche la sociedad civil, para una construcción de política pública en salud más eficiente, al conocer y comprender los requerimientos necesarios de la sociedad en general, como informar y dar claridad de las políticas en salud a la población. Una participación que recoge y reconoce, como también que mantiene lo establecido en participación ciudadana y social del sector de las leyes 10 de 1990, 134 de 1994, 850 de 2003, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 y 1757 de 2015. Además de los espacios ya establecidos, la sociedad civil tendrá espacio en el Consejo Nacional de Salud, los Consejos Regionales y de Planeación de Salud, los Consejos Departamentales, distritales o municipales de Salud, los Consejos de salud de los CAPS, la participación ciudadana y el derecho a la información para el consentimiento informado y consciente, participación en espacios de presupuestos y planes de desarrollo participativos o en el diseño de diversas políticas públicas en salud, donde el Estado, en sus diferentes niveles deberá garantizar su acceso al derecho, el respeto por la consulta previa y participación en Comités Hospitalarios Éticos.

Esto redunda en un nuevo concepto de lo público, que no está referido solamente a la estatización de la rectoría y administración del sistema, sino que se entiende lo público como el espacio donde se expresan y se resuelven las necesidades de la sociedad, en el Estado Social de Derecho que es Colombia, según el Artículo 1 de la Constitución de 1991. Con este diseño se evita la cooptación privada de las instituciones estatales como expresión de intereses clientelares o particulares, y se supera el equívoco que introdujo la ley 100 de 1993 al plantear que las instituciones privadas podrían manejar de manera proba y transparente los recursos públicos de la salud y gestionar mejor la salud pública, postulado que resultó ser cuestionable.

Por último, este proyecto de ley al ser una reforma al sistema de salud, significa que modifica algunas normas de diversa naturaleza, en este caso, el sistema de salud crea nuevas instancias regionales y se cambia el uso de los recursos de aseguramiento para Atención Primaria en Salud y fortalecimiento de la salud territorial respecto a su infraestructura del Sistema General de Participaciones en Salud de la Ley 715 de 2001 y algunas otras materias que corresponden a ley orgánica. Por lo anterior, se solicita usar la interpretación dada por la Corte Constitucional frente a esta materia, que siempre y cuando la naturaleza de los artículos de ley orgánica que se pretendan modificar o desarrollar por medio de una ley ordinaria tengan estrecha relación con el proyecto de ley ordinaria este podrá ser parte de dicho proyecto, debido a que en ninguna parte se expresa la prohibición de que una ley cuente con la naturaleza de dos leyes distintas, en este caso es una ley ordinaria con algunos artículos de ley orgánica. De allí que, al momento de su votación, de acuerdo a los artículos que se enunciarán, sean votados por el procedimiento establecido de norma orgánica. Correspondiente a lo expuesto por la Corte Constitucional en diversas sentencias, en especial, la Sentencia C-600A de 1995:

"*La Constitución no prohíbe que una misma ley contenga materias orgánicas y temas de la ley ordinaria, siempre y cuando éstos guarden una conexidad temática razonable. Las materias propias de ley orgánica en relación con el ordenamiento territorial pueden estar contenidas en diversas leyes, y no tienen por qué estar contenidas en un documento legal único. Es cierto que la Constitución habla en varios artículos de la "ley orgánica de ordenamiento territorial". Igualmente, la Corte considera que, en aras de la seguridad jurídica y la coherencia del ordenamiento jurídico, es recomendable que esta materia se sistematice*

50 Ibidem

en una sola ley. Sin embargo, la Constitución no exige esa formalidad, por lo cual precisamente esta sentencia ha preferido hablar de "legislación orgánica de ordenamiento territorial.""[51]

Así mismo, conforme a lo expuesto en el artículo 151 de la Constitución Política de Colombia, así mismo, como el recuento de los temas que deberán ser aprobados por el procedimiento de norma orgánica, desarrollado en la Sentencia C-600 A de 1995, se deberán tener en cuenta las siguientes legislaciones en materia territorial:

"- La asignación de competencias normativas a las entidades territoriales (CP art. 151).

- La distribución general de competencias entre la Nación y las entidades territoriales (CP art. 288).

- Los requisitos para la formación de nuevos departamentos (CP art. 297).

- La condiciones para solicitar la conversión de una Región en entidad territorial (CP art. 307).

- Los principios para la adopción del estatuto especial de cada región, así como las atribuciones, los órganos de administración, y los recursos de las regiones y su participación en el manejo de los ingresos provenientes del Fondo Nacional de Regalías (CP art. 307).

- El régimen administrativo y fiscal especial de las áreas metropolitanas, así como los mecanismos que garanticen la adecuada participación de las autoridades municipales en los órganos de administración de estas áreas (CP art. 319).

- Igualmente la forma de convocar y realizar las consultas populares que decidan la vinculación de los municipios a las áreas metropolitanas (CP art. 319).

- Las condiciones para la conformación de entidades territoriales indígenas (CP art. 329)."[52]

Por lo anterior, se solicita que el presente proyecto sea tramitado por medio de las reglas establecidas para una norma de orden orgánica. Los artículos con la votación exigida para trámites de ley orgánica del proyecto de ley radicado son: 10, 15, 19, 38, 39, 43, 44, 45, 48, 49, 50, 60, 61, 63, 80, 82, 86, 88, 92, 94 y 95.

B. Capítulo I. Disposiciones generales

Este capítulo desarrolla: el objeto, el tipo de sistema de salud que será, los principios y elementos del sistema de salud además de los expuestos por la Ley 1751 de 2015-, como definiciones generales. Así mismo, esta parte se encuentra orientada a establecer el punto de partida sobre reformar el sistema de salud acorde a lo establecido en la Ley 1751 de 2015 y la Sentencia C-313 de 2014. Y aun cuando se reconocen los esfuerzos institucionales frente a la materia, en favor del fortalecimiento de la democracia, las reglas de juego establecidas dentro del Estado colombiano y un rediseño del modelo que permita un consenso real se debe acudir, para diversas modificaciones, directamente al Congreso de la República, donde se integren los diversos elementos aquí establecidos. Por ello, en aras de contribuir a un sistema de salud más acorde a las reglas constitucionales, jurisprudenciales y de las recomendaciones como de los compromisos internacionales. Se han establecido los siguientes elementos dentro del Capítulo I:

Objeto y Sistema de Salud. Los artículos 1 y 2 toma el concepto estipulado en la Ley 1751 de 2015, así mismo se establece el concepto de aseguramiento social en salud como la garantía del goce efectivo con "*(...) fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión*

51 Sentencia C-600A de 1995. MP Martínez Caballero, Alejandro.

52 Ibidem

de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado.”[53] Acorde a los artículos 48 y 49 de la Constitución y lo dispuesto por la Corte en su extensa jurisprudencia.

Principios y elementos del derecho fundamental de salud. En los artículos 3, 4 y 5 se retoman los principios generales del artículo 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia de eficiencia, universalidad y solidaridad, como de prevención y predicción, cuidado de la vida, desarrollados en la Ley 1751 de 2015 y profundizados por la sentencia C-313 de 2014. Por otro lado, se retoman los principios desarrollados por la Corte Constitucional y la Constitución frente a la no regresividad, prohomine (condición más favorable), enfoque diferencial, transparencia, autonomía en la toma de decisiones del paciente, objeción de conciencia ejercida sólo por personas naturales, crean el principio de contigüidad y libre elección. Como elementos esenciales se citan los ya establecidos en la Ley 1751 de 2015 en sus artículos 6, 7 y 8, como también: la obligatoriedad de aportes al sistema de salud a través de las obligaciones establecidas para los trabajadores y contratistas con ingresos superiores a 1 salario mínimo mensual vigente; cambian el concepto de parafiscalidad establecida en diversas normatividades, en el sentido mismo que todos los recursos de la salud se deberán considerar inembargables, imprescriptibles, de naturaleza pública y con destinación específica; humanización es la búsqueda del fortalecimiento de las relaciones de confianza y necesidad entre los pacientes, familia, comunidad y prestadores de servicios de salud; eficacia es la búsqueda de alcanzar los mejores resultados de acuerdo al diagnóstico y necesidades para cada paciente, familia y comunidad; intersectorialidad como elemento fundamental para el cumplimiento de los determinantes sociales en salud desde la sociedad, familia, comunidad, poblaciones, pacientes y Estado, como diversos actores del sector privado; participación vinculante como elemento transversal en la formulación, planeación, implementación y evaluación de las políticas públicas en salud; y el enfoque de género, el cual, además de considerarse como principio se considera elemento para la superación de barreras en derechos de las mujeres y de las personas sexualmente diversas.

Definiciones. Para el desarrollo del presente proyecto se toman las definiciones generales y definiciones de nuevas instituciones a tener en cuenta en la transversalidad del proyecto de ley frente a la interpretación de los mismos dentro de este y, que corresponden a las definiciones internacionales y constitucionales que se han desarrollado sobre salud, servicio público esencial de salud, salud pública, territorio de salud, modelo de atención, atención primaria integral y resolutiva en salud, redes integrales e integradas de servicios de salud, atención territorial en salud, atención familiar en salud, salud preventiva, salud predictiva, salud resolutiva, Instituciones de Salud del Estado, determinantes sociales de la salud, Sistema Público Único Integrado de Información en Salud -SPUIIS, Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de la Salud, Consejo Nacional de Salud, Territorios de Salud, territorios focalizados e instancias operativas.

Elementos considerados para el diseño del capítulo I:

El modelo de salud instaurado por la ley 100 de 1993 partió de la consideración de la ineficacia del Estado para gestionar la prestación de servicios de salud y la salud pública, para justificar la entrega de esta última al sector privado, por lo que progresivamente fue mermando la capacidad de los entes territoriales para ejercer rectoría y ejecutar la política de salud. De ahí que la inversión en salud pública muestra condiciones de ineficiencia; una evaluación desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre ejecución presupuestal encontró que para octubre de 2015 cerca del 40% de los presupuestos de salud pública de los municipios no había sido ejecutado (MSPS,2016).

De otro lado, el sistema otorga un poder hegemónico a las EPS en la prestación de servicios de salud, la prevención y la promoción, pero esto menoscaba las posibilidades de vigilancia que el ente territorial pueda ejercer sobre dichas entidades, cuyo control y poder sancionatorio fue centralizado por la Superintendencia Nacional de Salud, que hasta el momento no ha ejercido su función a cabalidad. De otra parte, el modelo de aseguramiento instaurado contrasta con la heterogeneidad territorial y poblacional del país, que no considera las variables poblacionales, étnicas y epidemiológicas. Es evidente que la mayor concentración de la carga de enfermedad y problemas nutricionales se encuentra en zonas apartadas y con mayor concentración étnica.

El esquema de competencia en el aseguramiento ha permitido una micro-segmentación de la población en dichas 25 entidades, situación que ha impedido que se pueda hacer una intervención en salud común desde la perspectiva colectiva.

53 Artículo 1, inciso segundo del proyecto de ley.

Según la OPS, "*el eje operativo para la salud pública son las responsabilidades que el Estado debe asumir, y más exactamente lo que le corresponde hacer a las autoridades oficiales en materia de salud en los diferentes niveles territoriales. Esto incluye no sólo las responsabilidades de ejecución directa de actividades o actuaciones específicas de salud pública, sino también y, de forma estratégicamente prioritaria, las actuaciones de movilización, promoción, orientación y articulación de los agentes sociales y el apoyo que se necesita de ellos a la hora que se cumplan las actuaciones en materia de salud pública (Martínez, 2012).*

Las posibilidades de desarrollo de un territorio en general, y de salud en particular, dependen también de la existencia de una autoridad territorial con suficiente capacidad técnica y administrativa; es decir, con direcciones de salud capaces, pero que, además, tenga la voluntad política para abrir caminos de participación. Construir procesos de planeación serios y participativos en el país no es sencillo, dado que cientos de pequeños municipios no tienen la más mínima capacidad técnica ni administrativa. De no abordar un verdadero reordenamiento territorial para construir niveles del Estado más racionales en cuanto a su tamaño geográfico y poblacional y, por tanto, con mayor capacidad de planificación, el país y el Gobierno central deben pensar en establecer asociaciones de municipios en provincias o unidades similares que garanticen condiciones más técnicas de administración y gestión del desarrollo, pero que tengan en cuenta las necesidades de los ciudadanos en el territorio, incluidas la planeación y la vigilancia en salud pública. Condiciones de los recursos humanos La implementación de la Ley 100 de 1993 no previó los requerimientos cuantitativos y cualitativos del recurso humano en salud, ni el impacto que el nuevo modelo tendría (MSPS,2016).

No se definieron políticas de formación, gestión o distribución que respondieran a los objetivos del sistema de salud. Dichos procesos se dejaron más a la definición de las perspectivas de cada institución y del mercado, que a la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Además, la ejecución de la Ley 100 coincidió con las directrices de flexibilización laboral que adelantaba el Estado en ese momento. En relación con la formación del recurso humano en salud, el país ha tenido un aumento progresivo, sostenido y sin ningún tipo de regulación. Estos 25 años se han caracterizado por la proliferación de facultades de medicina, que en la actualidad suman 60, pero que se quedan cortas en dar respuesta a una política de Estado de formación de talento humano en salud en función de las necesidades de la población.

En la reforma estructural que se propone el modelo de atención será definido por el Consejo Nacional de Salud con base en una propuesta de reglamentación presentada por el Ministerio de Salud, que debe contener la concepción y gestión de la atención primaria integral en salud, Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, los Servicios especializados de salud ocupacional, los programas de control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública y las prestaciones económicas.

C. Capítulo II. Determinantes Sociales de la Salud

Dentro del capítulo II, que va del artículo 7 al 10 del presente proyecto de ley, se tomó los elementos recomendados por la OMS sobre determinantes sociales, como las diversas investigaciones que se han hecho en Colombia, que logró evidenciar los principales determinantes sociales de la salud, como la creación de comisiones intersectoriales y locales en pro de garantizar los determinantes sociales que han afectado la salud de diversas poblaciones en Colombia. Por un lado, corresponden a obligaciones de infraestructura vial, comunicativa y de vivienda digna con acceso a servicios públicos esenciales, por el otro frente a las violencias en el marco del conflicto armado como aquellas desarrolladas por la sociedad que fomentan y violentan a diversas poblaciones desde la discriminación, los enfoques diferenciales, derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

Así mismo, se ha reconocido que los elementos que determina la inequidad en salud se reflejan en la diferencia en la gestión de los determinantes sociales de la salud, estos son las condiciones y derechos interdependientes que debe garantizar el estado para el logro del goce efectivo del derecho a la salud física y mental. Se reconocieron como parte del derecho a la salud en la observación general 14 del Comité DESC en el año 2000, visión incorporada por la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y la Sentencia C-313 de 2014. De allí, se consideren para Colombia los siguientes determinantes:

1. Acceso a agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas

2. Disponibilidad de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición (seguridad alimentaria)

3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas
4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas
5. Medio ambiente sano
6. Acceso al transporte
7. Acceso a la educación y recreación
8. Condiciones de vida digna
9. No discriminación de ningún tipo
10. Paz (Violencia o Conflicto armado)
11. Acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.
12. Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.
13. Diferencias y enfoques basadas en la perspectiva de género
14. Distribución de los recursos (Distribución social de la riqueza)

A continuación, se hace una descripción de la situación de algunos elementos de estos determinantes en Colombia:

La Encuesta de Calidad de Vida para 2017 muestra que en Colombia el 90% de la población tiene acceso a acueducto y el 78% a alcantarillado. El acceso a servicios es mayor en el área urbana o cabecera que en el área rural o resto. El 17,19% (1.817,629) de los hogares colombianos no tiene acceso a fuente de agua mejorada y existe gran heterogeneidad por departamentos: en Chocó, Guainía, Guaviare, Vichada, Putumayo y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el porcentaje sobrepasa el 50% de los hogares. El DNP estima que el 16,98% (1.794.807) de los hogares hace inadecuada eliminación de excretas; los departamentos más críticos en su orden son: Chocó, Vichada, Guainía, La Guajira, Córdoba y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, donde el porcentaje de hogares con la deficiencia es superior al 50%. En suma, el acceso al agua potable universal sigue siendo una promesa incumplida por varios gobiernos, un lugar común que aparece en los discursos de cada mandatario año tras año sin que se traduzca en hechos y realidades, frente a un tema de tan elemental necesidad para la conservación de la vida humana (El Espectador, 2021)

En cuanto a la seguridad alimentaria, se estima que entre 2005 y 2018 casi nueve de cada 100 nacidos vivos tuvieron bajo peso al nacer y nueve muertes se atribuyeron a esta causa. De todas maneras, no se desconoce su importancia, pues para este periodo 844.573 recién nacidos pesaron menos de 2.499 gramos, para un promedio anual de 60.327 y una desviación estándar de 1.598 (ASIS, 2020). Igualmente, y siguiendo el informe citado, *de acuerdo con la encuesta ENSIN 2015, la prevalencia por anemia en el país es de 27,7%, un 0,4% más frecuente en niñas (24,7%) que en niños (24,6%), en área urbana fue de 24,1% y en el área rural fue de 26,1%*. Del mismo lado, en el 2010 la prevalencia de deficiencia de zinc en niños y niñas entre 1 y 4 años fue de 43,30 por cada 100 menores; y la prevalencia de deficiencia de vitamina A fue de 24,30 por cada 100 menores." "En Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para 2010 es un 20% mayor que en 2005, pasando de 13,70 a 16,50 casos por cada 100 personas.

Otro asunto clave es la obesidad, que puede ser intervenida con políticas públicas como los impuestos a las bebidas azucaradas, la reciente ley aprobada de etiquetado y la pronta expedición de la modificación a la Resolución 810 de 2021, como los esfuerzos hechos para la tributación de bebidas ultraprocesadas azucaradas y los productos ultraprocesados endulzados, con alto contenido calórico, entre otros, para con ello contribuir a la política de salud pública que busca disminuir el consumo de los productos ultraprocesados por su alto impacto en las enfermedades crónicas no transmisibles. En Co-

lombia la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha aumentado y la prevalencia para 2015 es un 13,3% mayor que en 2010 al pasar 16,5 a 18,7: *la población con obesidad es mayor en mujeres (22,4%) que en hombres (14,4%), con una diferencia absoluta de 8,0 mujeres; un 18,1% mayor en el área urbana (19,5%) que en la rural (15,9%), con una diferencia absoluta de 3,5 por quintil de riqueza (20,5%) con respecto al quintil más bajo de riqueza (16,8%)*. Otra arista de este tema se observa en la encuesta del pulso social del DANE para enero del 2021, la cual documentó que solo el 67,3% de los hogares consumieron tres comidas al día, el 29,6% dos comidas al día y el 2,43% solo una comida.

Según la estimación del DANE en 2018 el 14.13% de las personas vivían con sus necesidades básicas insatisfechas: el 3,74% en la miseria, el 5,31 en viviendas inadecuadas, el 3,58% con servicios inadecuados, el 4,06% en hacinamiento: *La incidencia de la pobreza monetaria fue 1,7 veces más alta en el resto (rural) que en las cabeceras municipales. De acuerdo con este índice, grandes diferencias interdepartamentales reflejan la forma como se distribuye la pobreza monetaria, para el 2018 los departamentos de Chocó, La Guajira, Cauca, Magdalena, Córdoba, Cesar, Norte de Santander Nariño, Sucre, Caquetá, Huila, Bolívar, Tolima presentaron una incidencia de pobreza monetaria más alta que al nacional*" (Asis,2020: 90). Para el año 2020 las tasas de desempleo entre los meses de septiembre a noviembre era de 14,6%, aumentó más de 4% respecto al mismo trimestre del año anterior, siendo las mujeres las más afectadas con un 19% respecto a los hombres que presentaron el 10,9%. En septiembre de 2022, la tasa de desempleo en el total de las 13 ciudades y áreas metropolitanas fue de 10,4%, lo que representó una reducción de 2,8 puntos porcentuales respecto al mismo mes de 2021 (13,3%). En Colombia 4 hogares de cada 10 cuentan con ingresos menores a un salario mínimo mensual vigente en el año 2021 (DANE) y 43,1% de la población ganan menos de 1 salario mínimo mensual vigente, es decir 9,43 millones de personas a noviembre de 2022 (DANE).

En el año 2020, la oficina de la alta comisionada de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha documentado en su informe sobre Colombia que la empresa Cerrejón en el sitio de Tajo Pitilla ha causado problemas de salud en las comunidades indígena como parte de la explotación minera a cielo abierto. Esta situación se presenta a lo largo y ancho del territorio nacional, debido al pobre o nulo control por parte de las autoridades ambientales. Siguiendo con el informe citado, entre el 25 de marzo y el 31 de diciembre se realizaron 21.602 llamadas por violencia intrafamiliar a la línea 155, un 103% más que el año 2019 en el mismo periodo. Esta situación se ha asociado a las medidas de restricción de la movilidad que ha generado cuarentenas sobre la pandemia del Covid-19, con dificultades de convivencia que han derivado en este tipo de violencia. En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, el 18,3% de niños y niñas nacidos en el tercer trimestre del 2020 eran hijos de menores de 19 años. En cuanto a la discriminación, en Colombia en el año 2019, las personas que vivían en situación de pobreza multidimensional era 2,8 más alto en las zonas rurales que en las urbanas, así mismo la tasa de analfabetismo es de 3,4 veces superior en lo rural que en lo urbano.

En lo referente a la paz y el conflicto, de acuerdo con el Informe de la Alta Comisionada de Derechos Humanos en el año

2020, la tasa de homicidios reportada por la policía nacional es alarmante en departamentos como el Cauca (53,7), Chocó (54,3), Putumayo (42,8), y Valle del Cauca (45,1). En el 2020 se documentaron 76 masacres que acabaron con la vida de 292 personas, incluidas 23 mujeres, 6 niñas, 18 niños, 7 indígenas, y 10 afrodescendientes. La Misión de verificación de Naciones Unidas documentó el homicidio de 73 antiguos integrantes de las FARC-EP, para un total de 248 después de la firma del acuerdo de paz en Colombia. También se expresa que para el 2020 hubo 94 eventos de desplazamiento masivo que afectaron 25.366 personas, el 76% ocurrieron en Antioquia, Chocó y Nariño. En el 2020 hubo 133 casos de homicidios de personas defensoras de derechos humanos, de los casos verificados se encuentran presuntamente entre los perpetradores el ELN, disidencias de las FARC-EP e integrantes de la Policía y el Ejército. Además, documentan 795 amenazas a personas defensoras de derechos humanos. Entre 2010 a 2020 los territorios con mayor diferencia relativa de homicidio respecto a la tasa nacional fueron: Valle del Cauca (2,2), Arauca (1,8), Caquetá (1,8), Putumayo (1,7), Quindío (1,6) y Guaviare (1,6). Entre 2010 a 2020 el promedio de la diferencia relativa de tasas de mortalidad por accidentes de transporte terrestre, respecto del país fue mayor en Casanare (2,0), Arauca (1,8), San Andrés (1,7), Meta (1,6), Huila (1,6), Cesar (1,6) y Tolima (1,5).

La distribución de la riqueza y la inequidad es otro de los determinantes sociales de la salud, en ese sentido, el mismo informe de la Alta Comisionada de Derechos Humanos en el año 2020 expresa que en el contexto de la pandemia el PIB decreció en un 9% respecto al mismo período en el año anterior, en cuanto a inequidad, de acuerdo a la CEPAL, Colombia

continúa estando entre los países más desiguales de la región, estiman que el coeficiente de Gini podría aumentar en un 2,9% a raíz de la crisis generada por la pandemia.

En el análisis de Garay y Espitia de los datos del Dane (2018-2019) de inequidad se concluye (Revista Sur, 2021)[54]:

- Apenas un 3.3% de los hogares o un 3.2% de las personas se podrían clasificar como de clase alta, con una participación de 22.3% en el total de ingresos de los hogares o personas del país.
- Un 45.1% de las personas o un 40.6% de los hogares podrían catalogarse como de la denominada clase media, los cuales participarían con un 56.0% del ingreso total de personas u hogares.
- Cerca de un 27.0% de los hogares o un 19.5% de las personas del país se encontrarían en situación de vulnerabilidad, con una participación del 13.3% de los ingresos totales.
- Los más pobres serían un 24.6% de los hogares o un 36.7% de las personas en pobreza las cuales participarían tan solo con el 8.4% de los ingresos totales.

Los mismos autores señalan que la concentración del ingreso bruto en Colombia ha sido una constante histórica, por la vía del capital financiero, de los medios de producción o la tierra, e incluso por las asignaciones salariales. Los niveles se exacerban al relacionar tanto el ingreso bruto promedio como el patrimonio promedio del 1% o del 1 por mil de las personas naturales más ricas con el promedio de las personas naturales del decil 1 de menores ingresos. El ingreso bruto promedio del uno por ciento de las personas naturales más ricas del país es 294 veces el ingreso promedio de las personas naturales del decil 1, mientras que en patrimonio esta relación es de 683 veces; entre tanto, para el uno por mil de las personas naturales más ricas dichas relaciones son de 1302 y 3606 veces, respectivamente.

Las inequidades también se reflejan en el acceso a los servicios de salud y la mortalidad la mortalidad más alta por Covid19 en el año 2020 se presentó en el Amazonas, el departamento del Chocó que es habitado mayoritariamente por población afrodescendiente e indígena solo cuenta con dos hospitales para atender a 520.296 habitantes, que se encuentran en la capital, con dificultades de acceso por parte de la población rural. Esta situación se repite a lo largo y ancho del país en las zonas dispersas y rurales. El modelo de la ley 100 profundizó la inequidad en salud y sigue siendo lo más prevalente. Esto no solo se refleja en los resultados de salud diferenciales en las zonas dispersas, sino en las barreras de acceso para la prestación de servicios en estas zonas. Barreras de acceso e inequidad territorial. De acuerdo con las estimaciones del DNP, el 16% de los hogares en Colombia tiene barreras de acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia; en Chocó, Vichada y La Guajira más del 33% de los hogares encuentra estas barreras. Así mismo, el 6% de los hogares en Colombia tiene barreras de acceso a los servicios de salud; los departamentos donde esta proporción es más alta son Chocó y Putumayo, con un 19% y 16% de hogares; el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina tiene el 2% de sus hogares con barreras de acceso a estos servicios.

D. Capítulo III. Organización del sistema de salud

Se retoma y fortalece la mirada de la rectoría como una función del Estado, a través de la rama ejecutiva, en especial, se establece que esta función será encabezada por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme al artículo 48 y 49 de la Constitución, que le otorga la función de ente rector del sistema de salud al Estado, como también el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015. En el que se fortalece el lugar del Estado, al retirar la delegación de funciones de administración y manejo de riesgos financieros y de salud a actores diferentes al Estado. Así mismo, se reconoce que las funciones de rectoría deben ir acompañadas de procesos democráticos y participativos, por lo que se crea el Consejo Nacional de Salud, las direcciones o secretarías de salud territoriales (departamental, distrital o municipal) son el órgano de dirección de su territorio, quienes son encargadas de la administración de los fondos territoriales de salud y además de autoridad sanitaria de cada territorio deberán crearse también consejos territoriales de salud.

54 Luis Jorge Garay S. & Jorge Enrique Espitia Z, 22 marzo, 2021, Revista Sur, La crisis económica y social en Colombia a propósito de la pandemia del covid-19, (https://www.sur.org.co/la-crisis-economica-y-social-en-colombia-a-proposito-de-la-pandemia-del-covid-19/)

Este capítulo va del artículo 11 al artículo 19 del presente proyecto de ley. Los temas generales son: rectoría del sector salud (artículo 11), que tiene que ver con lo expuesto en el párrafo anterior, frente a qué y a quienes se les considera con funciones de rectoría y el grado de responsabilidad y limitaciones de ella, siendo el Estado Nacional el principal responsable; Consejo Nacional de Salud, su composición y demás regulaciones o consideraciones mínimas para su correcto desarrollo (artículo 12); funcionamiento del Consejo Nacional de Salud (artículo 13); funciones del Consejo Nacional de Salud (artículo 14); Consejos Territoriales, orientado a las funciones de los Consejos Departamentales o distritales de salud (artículo 15); Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social (artículo 16); la importancia y

relevancia de la cooperación, coordinación, integración y articulación a niveles territoriales, no solo de municipios que integren un mismo departamento, sino para aquellos que compartan otras relaciones de orden geográfico, económico, ambiental, cultural, social, étnico como de mayor facilidad comunicativa (artículo 17); se le da la potestad de establecer territorios focalizados a las direcciones territoriales dentro de su jurisdicción que permita responder de manera mucho más efectiva las necesidades específicas (artículo 18); por último, se definen las instancias operativas del sistema de salud como las de financiamiento, administración, gestión de salud, prestación de servicios de salud, información, participación social e inspección, vigilancia y control (artículo 19).

En especial, se resalta el rescate institucional que se hace de la figura del Consejo Nacional de Salud, que inicialmente se encontraba dentro de la Ley 100 de 1993 y que además son instancias existentes en diversos países para la construcción de una política pública en salud más acorde a los intereses de la población y sus necesidades. Por otro lado, también se tomó en cuenta el aprendizaje que dejó el Consejo Nacional de Salud para esa época, en donde una parte de la rectoría era compartida con dicha instancia, causando en algunos casos dificultad para toma de decisiones ágiles en política pública, de allí, que dicho espacio tenga ahora más una connotación de ser de consulta, evaluación y propositivo. El Consejo Nacional de Salud estará integrado por 38 personas con voz y voto, como serán integrantes con solo voz dentro del Consejo el director o directora del ADRES y al Superintendente de Salud, la participación se distribuye entre representantes del Estado Nacional, secretarías o direcciones territoriales, centrales obreras, organizaciones de pacientes de todo el país, representantes étnicas, comunidades LGBTIQ+, organizaciones campesinas, representantes de asuntos de la mujer, entre otros.

Así mismo, el Consejo Nacional de Salud elegirá a sus miembros no gubernamentales de acuerdo a las reglas que se establezcan por el Ministerio de Salud y Protección Social, tendrán invitados que crean pertinentes para los temas a tratar por esta instancia, los representantes no gubernamentales sólo podrán durar tres años y ser reelegido 1 vez, con el ánimo de aumentar la participación y diversidad democrática del espacio, como evitar la cooptación del espacio por diversos actores, el Consejo además se reunirá mínimo 4 veces al año, con posibilidades de ser convocado por al menos 5 de sus miembros o el Ministerio de Salud y Protección Social, la secretaría técnica la definirá el Ministerio de Salud y Protección Social y será dependiente de ella, con un equipo seleccionado por procesos meritocráticos claros y convocatoria pública, el presupuesto del Consejo será parte del rubro del Ministerio de Salud, incluido el pago de honorarios y viáticos de los miembros no gubernamentales. Las funciones principales del Consejo Nacional de Salud (artículo 13) son proponer políticas públicas nacionales de salud, en especial, salud pública, proponer políticas para propender por mejorar el cumplimiento y acceso de los determinantes sociales, las observaciones y propuestas presentadas en dicha materia deberán ser llevadas para ser al menos consideradas en la elaboración del CONPES, presentar propuestas de iniciativa de reglamentación para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social, velar por el buen funcionamiento del sistema de salud frente al acceso, universalidad y eficiencia, presentar semestralmente un informe de gestión del Consejo a las Comisiones Séptimas del Congreso de la República y adoptar su propio reglamento.

d. Capítulo IV. Fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del sistema de salud

Uno de los temas centrales de la reforma al sistema de salud se encuentra fundamentada en la ineficiencia en el manejo de los recursos de salud, en gran parte por el diseño de cuasimercados, donde se delegaron funciones del Estado a un mercado regulado, con la esperanza de que fuera más transparente, diverso, universal, eficiente y solidario, pero como bien se explicó en el capítulo segundo de la presente exposición de motivos, aun cuando el aumento de la financiación del sistema de salud por parte del Estado, la meta no fue alcanzada en los últimos 30 años. Para ello, dentro del presente capítulo, que va del artículo 20 al 51 se modifican funciones del Estado en los diferentes niveles, se le da relevancia a la creación de un sistema de información claro, transparente y transversal dentro de todo el sistema, donde el Estado nacional sea quien lo

controle y cuente con toda la información necesaria para toma de decisiones y regulación del sistema, como las fuentes de financiación, las entidades encargadas de ello, la planeación del sistema y el uso de los recursos.

Para ello, vale recordar el capítulo primero de la presente exposición de motivos, en donde se explica la Ley 1751 de 2015 para su desarrollo y cumplimiento a través de la sentencia C-313 de 2014. En donde reconoce la necesidad de desarrollar la ley estatutaria siguiendo las directrices y lineamientos estratégicos de esta.

Para la Corte además es importante entender que con las obligaciones aquí expuesta el Estado deberá tener en cuenta los siguientes pasos, aquí descritos: (i) revisión de la información del sistema de salud; (ii) evaluación de la información frente a la garantía real del derecho fundamental a la salud, que además deberá ser continúa y vigente; (iii) el Estado deberá hacer las modificaciones mismas del sistema, en comprensión también de lo ya dicho por la OMS en diversas ocasiones, como en la orden de la Corte Constitucional en la Sentencia T- 760 de 2008 de *"(…) superar cuatro fallas de regulación detectadas en las siguientes materias: i) precisión, actualización, unificación y acceso a planes de beneficios; ii)* ***sostenibilidad y flujo de recursos****; iii) carta de derechos y deberes del paciente; y iv) cobertura universal. (…)"*. Así mismo, la Sentencia C-313 de 2014 complementa que en la misma vía se debe *"(…) asegurar el flujo de recursos las siguientes: no exigir copia de ejecutoria de la sentencia para autorizar el servicio o el reembolso a que haya lugar (i), diseño de un plan de contingencia para pagar los recobros atrasados (ii), diseño de un sistema de recobro eficiente*"; y, (v) diseñar un modelo que sea financieramente sostenible en el tiempo y que permita garantizar el derecho fundamental a la salud, como un seguimiento de las cuentas por pagar y los asuntos financieros en un tiempo real y no con retrasos que afectan el correcto desempeño del sistema de salud.

Siendo el asunto financiero del sistema uno de los más relevantes para su sostenibilidad, también en la Sentencia C-313 de 2014 la Corte reitera que:

> *"El problema de la financiación de los sistemas de salud, como se indicó, ha ocupado también a la Organización Mundial de la Salud, en cuyo informe de 2010, se plantean diversas salidas que permitan incrementar el dinero para la salud. Así por ejemplo, advirtiendo que los nuevos medicamentos y tecnologías terapéuticas surgen con mayor celeridad que los nuevos recursos económicos para sufragar el derecho,* ***ha recomendado como posibles soluciones, el aumento de las partidas presupuestales para la salud como prioridad y, la consecuente disminución en otros rubros del presupuesto estatal. Igualmente ha sugerido la mejora en los mecanismos de recaudo de la tributación general y de la específicamente destinada al derecho a la salud, aconsejando también, la creación de formas de financiación innovadoras como el impuesto sobre billetes aéreos, transacciones sobre divisas y gravámenes sobre productos alimenticios perjudiciales para la salud,*** *entre otras."*

(Negrilla fuera de texto). Aclarando que la interpretación del literal i) sobre la sostenibilidad financiera no puede ser comprendida para negar la prestación de servicios a cualquier usuario.

Colombia tiene un gasto en salud en porcentaje del PIB de 7,2% y que a la fecha representa alrededor del 6%, debido a que los recursos adicionales de la Pandemia no fueron sostenidos dentro de los gastos de salud, que se encuentra en el promedio de la región, según el observatorio del gasto público CEDICE, que está en un 5%. De igual manera, presenta los más bajos gastos de bolsillo de la región, llegando al 15.36% en 2021. El presupuesto anual de salud de la ADRES supera los 60 billones de pesos (MSPS, 2020) y para el año 2023 se espera contar con un presupuesto para el sector salud mayor al obtenido en años anteriores. Del total de los recursos 34 billones aproximadamente están dirigidos al aseguramiento en salud y la atención individual, casi 3 billones en recobros de medicamentos No POS del régimen contributivo, y solo 1.3 billones de pesos se dirigen para la salud pública, la promoción y la prevención. (MSPS, 2017).

No obstante, las cifras del déficit son variables, y fluctúan entre 10 y 20 billones de pesos. Según el último informe de la Superintendencia de Salud la deuda acumulada entre EPS e IPS supera los 16 billones de pesos. El sistema de salud en Colombia ha sido una caja negra, en donde no se ha contado con un sistema de información cierto que dé cuenta del flujo de recursos dentro del mismo. Se ha tenido conocimiento cierto solo recientemente con la creación de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que comenzó a operar desde el 1 de agosto de 2017, cuyo objetivo es administrar los recursos del SGSSS y administrar los recursos del fondo de garantías para el sector salud FONSAET, esto supone llevar a cabo el pago y reconocimiento de los recursos de la UPC, Unidad de Pago por Capitación, a las EPS del régimen subsidiado y contributivo dentro

del sistema de aseguramiento. Respecto al déficit financiero del sistema, la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales en su informe de cartera con corte de octubre de 2022 manifestó que la deuda a los hospitales y clínicas por la prestación de servicios de salud llegó a los $10.1 billones de pesos, de los cuales el 59,1 % es deuda morosa, igualmente ACESI informa que la deuda es de de 10.6 billones, de allí que se requiera mayor fiabilidad de la información para el cuidado de los recursos en salud.

Estas deudas han aumentado de manera considerable, ACHC informaba que las deudas habían ascendido casi el doble, solo en dos años, tomando la información a 2021, con un estudio de cartera al 31 de diciembre de 2018 que representan 207 instituciones hospitalarias. Según Fedesalud, el problema más sobresaliente en el devenir del sistema, pertinente a la relación entre los distintos actores (es decir, sin contar el viacrucis de los ciudadanos), es la inoportunidad en los pagos de las facturas y demás compromisos contractuales, fenómeno que, a pesar de la expedición de decenas de normas, los distintos gobiernos no han logrado corregir. La verdadera causa del incumplimiento de los pagos es, por supuesto, el hecho de que desde un comienzo se permitió, y se sigue permitiendo, en este "particular mercado", que el dinero no tenga valor, por lo que no se reconocen intereses de mora. El Código de Comercio de Colombia reza en su Art. 885.- Todo comerciante podrá exigir intereses legales comerciales de los suministros o ventas que haga al fiado, sin estipulación del plazo para el pago, un mes después de pasada la cuenta.

En síntesis, los servicios prestados, los suministros entregados e incluso el trabajo realizado deben ser pagados al precio de la fecha en que fueran provistos y, en caso contrario, se deberán reconocer los intereses correspondientes a la mora pues, de no hacerlo, el deudor puede obtener rentabilidad financiera con los dineros del proveedor, y se falsean los precios y los costos de las dos entidades que realizan la transacción comercial. Desde el inicio hizo carrera en el sistema, y es una realidad de bulto, la desviación de las prácticas comerciales aceptadas en Colombia y el mundo entero, relacionadas con el reconocimiento oportuno de las obligaciones y el pago de los intereses en los casos de mora. La ruptura de las normas más elementales relativas a los contratos entre empresas, respecto a las obligaciones monetarias, sus efectos, las consecuencias y responsabilidades financieras que de ellas se derivan, falsea la condición propia de la economía de mercado relativa al valor del dinero y crea de hecho una subcultura o "economía especial", que no todos los empresarios e inversionistas parecen dispuestos a aceptar. Otros se ajustan, incluyendo por anticipado en el costo del bien o servicio los costos financieros derivados de la cartera prolongada.

Nunca fue posible ulteriormente, en este extraño "mercado", la recuperación de las prácticas comerciales, basadas en la necesidad de honrar oportunamente las obligaciones contraídas y en la existencia de medidas coercitivas ante las conductas opuestas, para dar seguridad a los inversionistas en el sector. Una enorme cartera en el sistema, con promedios reales superiores a tres o cuatro meses y con porcentajes significativos a seis u ocho meses, denunciados en múltiples publicaciones, evidencian la falta de seguridad jurídica y financiera en este "particular mercado". Este fenómeno podría interpretarse, de otra forma, como prueba de que el sistema opera más como un esquema de distribución de recursos públicos del Estado, que con una lógica de mercado. Incluso las últimas medidas del Gobierno para girar directamente a los hospitales los dineros, por franco incumplimiento de los pagos por parte de las EPS, constituyen una prueba más de este comportamiento propio de los sistemas de asistencia pública. Es de anotar que dada la ineficacia de las EPS en el giro de recursos públicos de la salud, el Ministerio de Salud y Protección Social reconoce que entre junio de 2016 y mayo de 2017 se han girado $15,1 billones de pesos de manera directa por parte del Ministerio a los prestadores, de los cuales el 67,01% se ha girado a las IPS y proveedores.

En total, desde la aplicación de la medida en abril de 2011 a 2017, se han girado $68,7 billones de pesos de los cuales 65% ha sido para la red prestadora y proveedores (Radicado MinSalud 201742301674932). Para subsanar la crisis financiera de los prestadores de servicios de salud, el Ministerio de Salud ha apelado a la figura de compra de cartera en donde reconoce que a diciembre de 2016 se han aprobado 1.816 operaciones de compra de cartera por $1,62 billones, en las que se han beneficiado 415 IPS y 26 EPS de los regímenes contributivo y subsidiado (Radicado MinSalud 201742301674932). En cuanto a las EPS, el informe de la Superintendencia Nacional de Salud de 2016 que analiza 33 EPS muestra que tienen un déficit financiero de 5,2 billones de pesos. El último informe publicado por la superintendencia de salud, de evaluación financiera de las EPS con corte a diciembre de 2018, muestra que estas 32 EPS tienen un déficit financiero total de 8 billones de pesos, es decir, en cuatro años el indicador empeoró en un 72%. De acuerdo a los resultados de la Superintendencia de Salud a octubre de 2022, 25 EPS no cumplen con el capital mínimo para continuar en el mercado del aseguramiento, razón por la cual, la Supersalud tendría que revocar la licencia de funcionamiento de varias de estas. Como además lo pueden encontrar descrito dentro en los resultados ofrecidos en el capítulo 2 de la presente exposición de motivos.

Desde esta perspectiva la propuesta de reforma estructural del sistema de salud contempla que el desarrollo de un nuevo arreglo institucional para el manejo de los recursos financieros del sistema no requiere las intermediarias financieras EPS, esto ha

resultado a todas luces en un manejo inadecuado de los recursos que no aportan valor agregado a la prestación de servicios de salud y la gestión de la salud pública, realidad que ha sido aceptada por los propios gobiernos y que fue una de las motivaciones del proyecto de ley de reforma a la superintendencia de salud para facilitar la liquidación de las EPS que no cumplan con los criterios de solvencia, que serían la mayoría, y serían todas si se establecieran criterios idóneos de medición, dicho de otra manera, la flexibilización de parámetros de evaluación de las EPS es lo que ha facilitado de manera forzada y antitécnica la manutención de estas entidades en el sistema, que en estricto sentido son administradoras de recursos públicos de los colombianos.

Por lo anterior, se ha establecido como diseño institucional: un Fondo Único Público de Salud, continuidad como administradora de los recursos en cabeza de ADRES, continuidad de la Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social -UGPP-, Fondos regionales de Seguridad Social en Salud que hará parte del sistema de cuentas del Fondo Único Público, Fondos Territoriales de Salud para los recursos destinados constitucional y legalmente a los departamentos, distritos y municipios, Consejos Regionales de Administración de la Seguridad Social en Salud, Consejo Regional de Planeación y Evaluación en Salud y el sistema de información único, que se desarrollará en el capítulo IX del presente proyecto de ley y que se encuentra en el numeral i del capítulo tercero de la exposición de motivos.

Lo primero que se debe expresar es que al ser un sistema de salud solidario, la financiación del sistema de salud, como nuevo concepto, establece que todos los recursos de la salud son parafiscales, por el otro lado, que se crea un Fondo Único de Salud que contenga todos los fondos y cuentas del sistema de salud, sin personería jurídica que será administrado por la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES-, conforme a los artículos 22 al 32 del Proyecto de Ley. Así mismo, los aportes deberán corresponder a las capacidades económicas de cada persona y a las obligaciones de cada entidad y empresa del territorio colombiano que tenga la obligación de cotizar dentro del sistema de salud, donde la UGPP deberá aumentar su capacidad coactiva sobre la evasión y elusión de aportes. Y, por otro lado, los recursos provenientes de los diversos impuestos e ingresos que financian el presupuesto nacional, es decir, la financiación de la salud y la seguridad social será tripartita, como se estableció internacionalmente, desde su origen, en los Estados de bienestar.

Desde esta perspectiva, para garantizar la administración de recursos, la reforma estructural que reglamenta la ley estatutaria propone que los recursos sigan siendo administrados por la ADRES (artículo 23), que cuenta con 12 funciones principales: administrar los recursos del sistema y del Fondo Único Público, administrar los recursos del FONSAET, realizar la labor de pagador del sistema de salud y adelantar las transferencias de ley, organizar diversas oficinas locales para la gestión de administración del sistema en la gestión de cuentas y pagos, verificar las cuentas y pagos de diversos conceptos de salud, administrar información propia de las operaciones de la entidad, propiciar acción por territorios de salud, integrar recursos de Atención Primaria Integral en Salud, gestionar la Cuenta Única de Recaudo, garantizar el recurso de la Nación a los territorios de Salud conforme a las normas establecidas y realizar la contratación para la compra de servicios a través de los Fondos Regionales de Salud, regidas por el derecho privado, con la discrecionalidad de usar las cláusulas exorbitantes del Estatuto General de Contratación. No harán parte del presupuesto general de la Nación y serán considerados conforme al artículo 350 de la Constitución.

Así mismo, en el artículo 25 también se establecen funciones adicionales a la ADRES: administrar los recursos parafiscales del orden nacional, los recursos de las cotizaciones en salud de trabajadores, empleadores, pensionados y rentistas de capital, los rendimientos financieros, administrar los recursos provenientes de los impuestos de armas, los recursos de salud destinados por las Cajas de Compensación de Salud del régimen subsidiado y administrar las demás cuentas del Fondo Único Público de Salud. Las cuentas administradas por el ADRES(artículo 31) son: Atención Primaria Integral en Salud (APIS), Fortalecimiento Red Pública para la equidad, Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE), Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP), Enfermedades

Raras, Fondo Nacional para Cobertura Financiera de Catástrofes y Epidemias, Prestaciones Económicas en Salud, infraestructura y equipamiento en salud (IES), Funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud (FF) y Formación en Salud (FS). Sus fuentes y usos se desarrollan en el artículo 32 del proyecto ley.

Los recursos de las entidades territoriales serán para la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud y serán manejadas sin situación de fondos por fondos territoriales de salud, constituidos por recursos de las transferencias del Fondo Único Público para la Salud y las rentas de destinación de la Ley 1393 de 2010, administradas por las direcciones territoriales de manera descentralizada, con altos estándares técnicos que posibiliten un control anticorrupción. Las direcciones territoriales son los departamentos administrativos o secretarias de salud, entre otra figura posible, de cada ente territorial, que

tendría como objetivo el recaudo de los recursos de los entes territoriales, la organización de los presupuestos en el nivel de atención primaria en salud y la construcción de redes integradas e integrales de salud en el nivel departamental y distrital, así mismo deberán rendir cuentas ante el consejo territorial de salud. Los recursos de salud aparte de los del SGP se darán conforme a criterios de priorización, de acuerdo a problemas de salud pública, mortalidad y restricciones de acceso a los servicios de salud, mortalidad materna e infantil, saneamiento básico y agua potable, incidencia de emergencias y desastres, como de la oferta de servicios de salud.

Los recursos destinados a la salud y la seguridad social en salud respetarán la descentralización político-administrativa del país, establecida en la Constitución de 1991. Por ello, y por la necesidad de fijar competencias y responsabilidades de los servicios de salud y del manejo de los recursos, se establecerán varios niveles de financiamiento que descentralicen efectivamente rentas y gastos. Los municipios y distritos recibirán sin situación de fondos los recursos de participaciones de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) que determinó la Constitución del 91 para la salud de sus habitantes y ubicarán estos recursos en un Fondo de Salud Municipal, junto con los recursos propios, con destinación específica a financiar directamente las instituciones encargadas de la atención básica en salud de sus habitantes y los servicios de promoción de la salud, control de los factores de riesgo y las acciones sobre los determinantes sociales, integradas como un servicio público, con participación social, dirigido a lograr una mejoría constante en los indicadores de salud y calidad de vida de la población.

Los departamentos y distritos dispondrán de: 1. un Fondo Departamental o Distrital de Seguridad Social en Salud, que integrará las rentas cedidas; 2. del recaudo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y 3. de otros recursos propios. Estos recursos serán para planear, organizar, dirigir y adecuar las instituciones hospitalarias públicas, mediante presupuestos de funcionamiento e inversión orientados a garantizar la suficiencia de la oferta de servicios de mediana y

alta complejidad en el territorio, incluida la red de urgencias, y para desarrollar los servicios de transporte de pacientes; todo en busca de optimizar la capacidad de respuesta territorial a las necesidades de atención de la población. Los departamentos y distritos deberán asignar un 2% de su presupuesto para la formación y cualificación de los trabajadores de la salud.

Se organizará un nivel regional, que integrará grupos de departamentos y distritos bajo un "territorio de salud", que contará con un Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, al que ingresarán todos los aportes de seguridad social de salud de empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital del territorio y que integrará los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación. Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud pagarán los servicios prestados por las instituciones públicas y privadas que se integren a la red de servicios del territorio, por mecanismos de reconocimiento de servicios prestados de mediana y alta complejidad, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional.

El nivel nacional manejará un Fondo Nacional para apoyar a los territorios en situaciones de catástrofes, eventos catastróficos y desastres. También constituirá un sub-Fondo para garantizar el tratamiento de enfermedades raras de pacientes de todos los territorios en entidades especializadas, con recursos del presupuesto general.

Manejo técnico y transparencia en los recursos

Para garantizar el manejo técnico de los recursos correspondientes a los fondos de salud y seguridad social, en todos los niveles de financiamiento del Sistema, se constituirán Unidades de Planificación y Evaluación y Consejos de Planeación Regional de Planeación y Evaluación de Salud, que asesorarán la formulación de los planes anuales y evaluarán el cumplimiento de las metas. Estas unidades rendirán informes trimestrales a las respectivas autoridades y a los organismos de control, al tiempo que garantizarán el acceso público y abierto a toda la información disponible. Se propenderá por que exista un control ciudadano mediante veedurías con conceptos vinculantes.

E. Capítulo V. Prestación de Servicios de Salud

Este capítulo establece en 6 artículos, del artículo 52 al artículo 55 del proyecto de ley: la cobertura universal de los servicios y derechos a la salud, conforme el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015; el acceso de servicios de salud para persona nacional o extranjera residente, que conforme a las normas internacionales, la Constitución y el desarrollo jurisprudencial, deberán ser prestados sin posibilidades de negación de servicios cuando exista la disponibilidad en cualquier institución

prestadora de servicios de salud, sea privada, pública o mixta. Por otro lado, los extranjeros no residentes tendrán igualmente derecho a la atención, sin perjuicio de que el Estado exija un seguro al ingresar al país, como se establece en el presente proyecto de ley en el artículo 53;; la calidad de servicios de salud, se define conforme al artículo 2 y numeral d del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, en términos de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad e idoneidad para la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud; Las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las instituciones de prestación de servicios seguirán vigentes. Así mismo el Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de garantía de la calidad de las Redes Integradas e Integrales de servicios de salud. Igualmente se establece que la naturaleza jurídica de las instituciones prestadoras de servicios de salud, podrán ser de naturaleza pública, mixta o privada, que deberán relacionarse de manera cooperativa y complementaria.

F. Capítulo VI. Instituciones de Salud del Estado-ISE

Con respecto a los prestadores públicos, el Ministerio de Salud y Protección social evidencia en el documento PAIS-MIAS que existe una disminución en la oferta de servicios de los primeros niveles de atención, debido a la exigencia de rentabilidad financiera, antes que el cumplimiento de sus objetivos misionales que son la prestación de servicios de salud, lo que se corrobora a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, la cual ha disminuido entre 2013 y 2016 en un 2.8%; en el segundo nivel se presenta el mismo comportamiento con una disminución del 1.5%; el documento señala que existe un crecimiento significativo de las IPS públicas de tercer nivel de atención, las cuales crecen durante el mismo periodo en 9.8% (MSPS,2016).

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) a septiembre de 2020, mostró 19.399 Institución Prestadora de Salud (IPS). El 18,75% (3.638) tenían carácter público, el 80,91% (15.696) privado y mixtas el 0,34%. Los territorios de Bogotá D.C (15%), Antioquia (10,93%), Valle del Cauca (9,94%), Atlántico (6,22%), Santander (5,51%), Bolívar (4,99%) y Córdoba (4,27%), fueron los que mayor proporción de IPS. Caquetá, Arauca, Putumayo, Amazonas, San Andrés y Providencia, Guaviare, Vichada, Guainía y Vaupés tuvieron proporciones inferiores al 1,0%. Se observa, que las IPS están concentradas en los departamentos con mayor densidad poblacional y desarrollo urbano.

El 53% de las IPS privadas se concentran en Bogotá D.C (17,67%), Antioquia (11,67%), Valle del Cauca (10,16%), Atlántico (6,88%) y Santander (5,72). Las IPS públicas se encuentran en Nariño (9,76%), Valle del Cauca (9,15%), Antioquia (7,75%), Córdoba (6,24%), Bolívar (5,88%), Magdalena (5,17%), Cundinamarca (5%), Santander (4,67%), Boyacá (4,12%), Cesar (3,99%), Cauca (3,88%), La Guajira (3,82%), Bogotá D.C. (3,68%), Norte de Santander (3,66%) y Tolima (3,38%) (ASIS, 2020)

Para enero de 2020 se contaban a nivel nacional con 68.983 sedes de prestadores, un aumento del 10,5% respecto a las sedes inscritas en 2017. Por clase de proveedor, a enero de 2020 se presentó incremento, así: se pasó de 18.336 a 18.702 sedes de IPS; en materia de profesionales independientes se aumentó de 40.802 a 47.256 y referente a de transporte especial de pacientes se incrementó de 346 a 364 (Auto Corte Constitucional, 2020). El 60% de las IPS se encuentran en las capitales. En cuanto a la capacidad instalada se presenta el siguiente reporte: Ver cuadro

SERVICIOS	HABILITADOS A NIVEL NACIONAL			
	2017	2018	2019	2020
Partos	1.306	1.334	1.35	1.352
Quirófanos	2.971	2.996	3.068	3.068
Ambulancias	5.79	6.021	6.265	6.273
Profesionales de la Salud*	--	686.269	731.018	775.771

*Incluye a los auxiliares

En cuanto a la red de prestación de servicios, para el año 2020 en este informe, solo el 55, 4% de las EPS contaba con un concepto positivo por parte de Supersalud, de red habilitada para satisfacer las demandas de sus afiliados.

En cuanto al transporte asistencial para 2019, se disponen de 6.129 ambulancias, con un promedio de 186 ambulancias a nivel departamental. Según la modalidad el 98,0% (6.009) son ambulancias terrestres, el 0,8% (49) corresponden a ambulancias aéreas. El 0,962% (59) y 0,20% (12) son ambulancias de tipo fluvial y marítima respectivamente. Los territorios que concentran más del 57,9% de las ambulancias básicas se ubican en Bogotá D.C (545), Valle del Cauca (544), Antioquia (507), Santander (308), Cundinamarca (299), Boyacá (211), Tolima (206) y Atlántico (198). En tanto que el transporte medicalizado se registró más del 51,4% en Bogotá D.C (213), Antioquia (96), Valle del Cauca (85), Atlántico (68), Cesar (67), Bolívar (65) y Santander (54) (ASIS, 2020)

Según el REPS a abril de 2019, en Colombia, disponía 8.131 camas, distribuidas por modalidad: adultos con el 23,0 (1.868), obstetricia con el 19,1% (1.557), pediátrica con el 18,8% (1.525), cuidado intermedio adulto con el 6,1% (498), cuidado intensivo adulto con el 5,5% (449), cuidado intermedio neonatal con el 4,0 (324), cuidado intensivo neonatal con el 3,8% (306), cuidado básico neonatal con el 3,2% (261),cuidado intermedio pediátrico con el 2,8% (224) (ASIS, 2020) Los territorios de Antioquia (12,2%), Bogotá D.C (10,0%), Atlántico (8,1%), Valle del Cauca (7,0%), Bolívar (5,5%), Santander (5,5%) y Cesar (3,9%) concentran el 52,4% (4.257) de todas las modalidades de camas registradas en el REPS*. En contraste Vaupés y Guainía registraron 9 y 6 camas, respectivamente.

Adicionalmente, se ha evidenciado que los niveles de atención básicos presentan alta obsolescencia tecnológica, deficiencia del personal de salud y de infraestructura, esto debido a la pobre inversión de los gobiernos para el fortalecimiento de la red pública de hospitales. El mercado de la salud instaurado creó la tendencia a estimular la atención especializada en el alto nivel de complejidad, que garantiza la sobrevivencia financiera de las instituciones. Esto en contravía de los postulados de la Atención Primaria en Salud, donde la mayor resolutividad de los problemas de salud debería darse en el primer nivel de atención.

A esto se suma el hecho de que el modelo destruyó el sistema de referencia y contrarreferencia, que posibilitó que el paciente se moviera con facilidad a través de los diferentes niveles de atención requeridos de la red hospitalaria; la contratación de los prestadores de servicios de salud depende de las EPS y sus criterios mercantiles, sin ninguna regulación por parte del Estado, descuidó las necesidades de salud de la población. Por dicha razón, los niveles de ocupación en los prestadores públicos permiten evidenciar la tendencia de la atención en los niveles de atención superiores; es así como los niveles de ocupación en el primer nivel de atención solo alcanzan el 40%, los demás niveles superan el 78% en el periodo 2007 – 2012, con una tasa de ocupación por encima del 97% en el segundo nivel y del 91% en el tercer nivel. Es así como el uso de los niveles básicos es del 60% y de los niveles de alta complejidad supera el 90% (MSPS, 2016).

El sistema ha aumentado el número de atenciones y prestación de servicios, pero esto no ha respondido a la búsqueda de resultados en salud de la población, sino a los incentivos del mercado para que exista producción de servicios de salud. En 2007, el 48% de los partos se remitía a los centros de mayor complejidad desde los hospitales públicos de primer nivel, para 2012 el 88% generaba esta misma situación, lo cual permite inferir el incentivo al crecimiento de la cesárea en el país, que pasó del 25% en 1998 al 46% en 2013 (MSPS, 2016). Estos índices demuestran que se ha debilitado el sistema de atención primaria en salud, la cual posibilita la detección temprana de los problemas asociados con el parto, mediante los controles prenatales.

La modelo incentiva el alto costo y la facturación de servicios, tanto así que para generar mayor facturación privilegia y genera la necesidad de hacer cesáreas, cuando la mayoría de partos deben ser naturales. Se ha presentado a nivel global un debate en torno al aumento de partos atendidos por cesárea. Se reconoce que esta intervención puede ser eficaz para prevenir morbi-mortalidad materna y perinatal cuando existe una justificación médica; no obstante, puede aumentar el potencial riesgo de infección y complicaciones por la cirugía, específicamente en lugares donde no existen las condiciones seguras para la realización de las intervenciones. En ese sentido, la OMS ha expresado que a nivel poblacional las tasas de cesáreas superiores al 10% no están asociadas con una reducción de la mortalidad materna y neonatal. Otro ejemplo que puede ilustrar los efectos del desmonte que ha hecho el sistema de la atención primaria en salud es en el caso del cáncer, donde se incentiva que la enfermedad evolucione a sus estadios más graves, para la satisfacción y la renta de una industria farmacéutica que se lucra de la venta de medicamentos oncológicos de alto costo. En el caso del cáncer de mama, por ejemplo, el promedio de días transcurridos entre la primera consulta y el tratamiento es de 137 días de los cuales se pierden 90 entre el diagnóstico inicial y la confirmación del dictamen en el centro especializado. Como resultado, en Bogotá se diagnostica el 29,1% de los casos de cáncer de mama en estadio localizado, contra 64% en USA, y el 57.2% en estadio de invasión regional, frente al 27% en USA (Piñeros y cols., 2009).

En ese contexto, sólo el 49% de los pacientes con cáncer de mama son detectados en estados tempranos, existen unas coberturas inferiores al 47% para el tamizaje de cáncer de mama. El tiempo promedio de espera entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino es, en promedio de 70 días (Exposición de motivos PL 010 Senado y 425 de Cámara, 2020). A esto se suma que la ineficiencia del sistema lleva a la reconsulta por el poco tiempo en la consulta, lo que termina en complicaciones que generan alta rentabilidad. De otro lado, el modelo de mercado a la salud implementado profundiza las inequidades en la concentración de la prestación de servicios. Se evidencia una concentración de las atenciones de carácter nacional; a partir del análisis de la distribución geográfica en la prestación de servicios de salud, se observan cerca de 20 nodos que centralizan el flujo de procedimientos médicos para pacientes provenientes de los 1,101 municipios del país. La consulta especializada, se concentra aún más en diez nodos; seis nodos, por su parte, concentran los procedimientos hospitalarios (Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Pasto, Cali y Barranquilla), con preeminencia de Bogotá y Medellín como agrupadores finales de referencia (Páez y Cols, 2012).[55]

Adicionalmente a lo ya evidenciado en los territorios apartados y con las poblaciones dispersas, acerca de la forma como la oferta de los servicios de salud- determinada por el mercado-, no llega a la población pobre, alejada de los centros urbanos, se ha encontrado evidencia más fuerte de este indeseable efecto del alejamiento de los servicios de la población pobre en las grandes ciudades. Una investigación realizada por el CID de la Universidad Nacional, en Bogotá, demuestra que la inversión privada en prestación de servicios se concentra en barrios de alto poder adquisitivo, mientras localidades de poblaciones del sur y occidente de la ciudad se encuentran gravemente desprovistas de servicios.

En los resultados de la investigación se sintetiza la enorme inequidad de una sociedad cuya oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS registradas y habilitadas en el Distrito, se aleja consistentemente de la población más pobre y, por tanto, más necesitada en términos de salud. La investigación deja abierta la pregunta de: ¿cómo asigna y distribuye el mercado?, pues supuestamente el aseguramiento es universal y, en consecuencia, la garantía de la demanda previamente financiada garantizaba el acceso igualitario y sin discriminación de la población a los servicios. Otro interrogante que surge es: ¿puede el Estado garantizar una oferta mínima de servicios que responda a las necesidades de los usuarios, si los esfuerzos son insuficientes para compensar el desastre en términos de desigualdad que genera este Sistema? Esta situación se da por la hegemonía y el ineficaz control realizado sobre las EPS aseguradoras, quienes ejercen su posición dominante en la contratación de los prestadores y la absoluta negación al ciudadano del derecho de escoger donde recibir el servicio. Los contratos entre aseguradores y prestadores tienden a ser incompletos e inestables.

También es evidente que existen diferencias de precios entre los mercados de prestación que indican diferencias en la concentración y el poder de negociación entre aseguradores y prestadores (Ruiz, 2015). El diagnóstico realizado por el modelo de atención integral en salud MIAS reconoce que en el primer nivel de atención la contratación usualmente corresponde a la capitación sin umbrales y límites definidos, y tanto aseguradores como prestadores tienden a generar rentas sobre las asimetrías en los contratos; los primeros, haciendo uso de la autorización como mecanismo para modular la oferta con contención del gasto; y los prestadores de primer nivel en la remisión de pacientes a la alta complejidad y el mantenimiento de una estructura no resolutiva pero menos costosa para la prestación de servicios (MIAS, 2016). Ante esta situación, el paciente debe hacer su propia gestión ante el asegurador, para la obtención de los servicios requeridos. Todo este esquema se traduce finalmente en la violación del derecho a la salud de la población. Estas limitaciones son determinadas por un modelo de salud que privilegia el enfoque hospitalario de servicios orientados hacia la enfermedad y su resolución en las instituciones hospitalarias de mayor complejidad. En efecto, se hace notorio el crecimiento en la demanda de profesionales especializados.

Las urgencias de las IPS de mediana y alta complejidad se han constituido como la puerta de entrada al sistema, con la consecuente subutilización de los servicios básicos. Se posicionó así la enfermedad y las ganancias financieras por parte de los distintos actores, por encima de la salud y la integralidad de la atención. Esto deriva en un sistema de salud absolutamente costoso e ineficaz, en su objetivo que debería ser la garantía del derecho a la salud, lo que hace que el sistema sea insostenible financieramente. En suma, el gasto en salud mediado por el mercado acabó privilegiando el consumo de medicamentos, insumos y equipos de alta tecnología, en hospitales de alta complejidad, negocios que, por permitir márgenes de utilidad mucho mayores, presionan por todos los medios su inclusión, consumo y pago por los fondos de la seguridad social.

55 Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía (2016) Análisis de situación de Salud (ASIS) COLOMBIA, 2016. pág. 134: "Para 2014, en Colombia había 48.572 instituciones habilitadas para la prestación de servicios (IPS) de salud. El 97,45% (47.335) tenía carácter privado, el 2,48% (1.204) público y el 0,07% (33) mixto. Las IPS están concentradas en Bogotá y en los departamentos más grandes y con mayor estándar de desarrollo. El 26,96% (13.097) de las IPS se hallaba en Bogotá; el 14,39% (6.988), en Antioquia; el 11,03% (5.356), en el Valle del Cauca, y el 4,53% (2.200), en Santander. De este modo, el 57% de las instituciones habilitadas del país se ubicaba en los lugares mencionados".

Para un empresario de la salud es mucho más rentable manejar dos pacientes hemofílicos que dos mil afiliados para atención básica en un centro de salud. ¿Qué se puede esperar, entonces, de tal estímulo económico? Se podría señalar que el problema fundamental del sistema, que lo tiene actualmente en crisis, parece ser justamente el hecho de que el gasto del Estado no llega a la población pobre y no se traduce en servicios de salud adecuados, sino que buena parte se concentra, se desvía y se aleja por el camino en vista de la presión de diversos intereses descritos en este "mercado". En síntesis, el arreglo institucional construido en 1993 no ha resultado eficiente en la asignación y menos en la distribución. En el estudio de la Unidad de Capitación del Sistema para 2011 (Universidad Nacional 2011), la Universidad Nacional de Colombia, después de estudiar en detalle el gasto en salud, frecuencias y costos para determinar la prima pura del sistema encontró un desproporcionado incremento del gasto de las EPS del régimen contributivo, centrado en el rubro de medicamentos.

Las EPS que presentaron enormes sobrecostos en medicamentos fueron entidades de carácter cooperativo, que se caracterizaban por ser propietarias de su red de prestadores y poseedoras al mismo tiempo de las firmas que les suministraban los medicamentos. En consecuencia, en su estudio, la Universidad Nacional concluye: Se repite insistentemente que las EPS son un negocio de especulación financiera, donde presuntamente se derivan rentabilidades producto de retrasar los pagos a los 32 prestadores y poner a rentar estos recursos en el sector financiero, hecho que no es comprobable empíricamente con los estados financieros.

La preocupación fundamental consiste, por el contrario, en que algunas entidades sin ánimo de lucro, tanto del régimen contributivo como del subsidiado adopten comportamientos rentistas en los que no interesa la utilidad de la EPS sino la ganancia de los negocios derivados integrados verticalmente, como capitación con entidades propias, compra de medicamentos o insumos, servicios de ambulancias, lavanderías, celaduría y otros servicios generales. Las compras de servicios, medicamentos o insumos, en estos procesos de integración vertical con las empresas de la misma entidad o el consorcio, o en el que participan los administradores o sus allegados, quedan por fuera de mecanismos de mercado, sin competencia real de precios y, por tanto, no hay garantía de que las negociaciones se den a los precios óptimos. Este comportamiento rentista, en lugar de tener un incentivo para controlar el gasto del POS, tiene un claro estímulo a aumentar los gastos en los servicios de los que se derivan rentabilidades, lo que significaría una tendencia al aumento de los gastos de salud en la nota técnica de ambos regímenes.

En este punto parece haberse encontrado la relación entre el arreglo institucional con entidades sin ánimo de lucro que manejan las unidades de capitación, y el comportamiento rentista consecuente: a estas entidades les interesaba manejar grandes recursos para derivar ganancias a través de negocios secundarios, ya que de la empresa y del negocio principal legalmente no podían derivar ganancias. Por la misma razón, estas entidades no tienen motivación alguna para ahorrar recursos al sistema y tienden a gastar la totalidad de lo recibido. Al mismo tiempo, las entidades privadas que manejan tanto el Plan Obligatorio como los planes voluntarios, tampoco tienen interés en ahorrar recursos al sistema, pues cargan todos los gastos de los pacientes al seguro obligatorio hasta llegar a su tope, y derivan las ganancias por el seguro voluntario. Como consecuencia de tal arreglo institucional y el consecuente aliciente generado, no se puede esperar otro resultado. El premio Nobel Stiglitz señala por su parte: "Hoy en día, no hay apoyo intelectual razonable para la proposición de que los mercados, por sí mismos, generan resultados eficientes, mucho menos equitativos". (Stiglitz 2010)

Que ha llevado a que en este proyecto se considere la importancia de transformar la prestación del servicio de salud desde la rentabilidad social, como lo ha establecido la Corte Constitucional en la sentencia C-313 de 2014, al reconocer que no se puede pensar la prestación de servicios en diversos sectores de Colombia o de algunos procedimientos, especialidades y necesidades por lo que representa financieramente sino por lo que contribuye al goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Por eso, las Instituciones Sanitarias Estatales cobran relevancia dentro del nuevo modelo de salud, ya que vienen a reemplazar la figura de las Empresas Sociales del Estado en el sector salud. Para ello, dentro de la nueva regulación se contempló: (i) la naturaleza, el objeto, las tipologías y niveles de las instituciones de salud y su régimen jurídico; (ii) el presupuesto, aprobación de este y su planeación y evaluación; (iii) los órganos de dirección, selección del director, educación continua y actualización en administración hospitalaria, y, las causales especiales para el retiro del director; (iv) régimen laboral, derechos de permanencia de servidores públicos y sistema de Control interno; y, (v) hospital itinerante.

La naturaleza de la entidad es entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa creadas por la ley, las asambleas departamentales o concejos distritales o municipales, que tienen como objeto la prestación del servicio como un servicio público a cargo del Estado. Que en todo caso reconoce la naturaleza

jurídica especial del Instituto Nacional de Cancerología. Los niveles serán de acuerdo a los estándares internacionales de baja, mediana y alta complejidad. La tipología y los niveles de complejidad deberán tener en cuenta la relación geográfica, portafolio de servicios, talento humano y costos de funcionamiento, que serán reguladas por el gobierno nacional. El régimen jurídico será de Instituciones Hospitalarias Estatales -IHE-, el régimen presupuestal responderá a lo establecido en el artículo 5 del Decreto 111 de 1996, podrá recibir transferencias de la nación o entes territoriales y se deberá cumplir las reglas tributarias de los establecimientos públicos. El presupuesto, la aprobación de este, su planeación y evaluación hace parte de buscar orientar la medición de resultados a partir de la rentabilidad social. El presupuesto deberá hacerse acorde a la tipología, nivel, portafolio de servicios, proyección de servicios anuales, costo de talento humano, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, acorde a los lineamientos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, que en todo caso deberán cumplir los presupuestos estándar establecidos por el Ministerio. El presupuesto se presentará ante el Consejo Directivo de la entidad en el mes de julio de cada año, que deberá contar con concepto técnico de la dirección o secretaría de salud territorial, el cual se remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social para su aprobación, con lo anterior, se girarán los recursos a comienzo de cada año, quienes en todo caso deberán dar prelación a la nómina y lo referente a ella, con el objetivo de proteger derechos laborales de las y los trabajadores. Así mismo, los planes de gestión son presentados por cada director del hospital los primeros 30 días ante el Consejo Directivo que deberá aprobar, que en todo caso de no aprobarse se tomará la versión inicialmente presentada. La evaluación del plan de gestión se presentará a más tardar el 1 de abril de cada año que será analizado por diversas instancias. Y, el régimen de contratación se regirá por el derecho privado, que en todo caso se podrá usar las cláusulas exorbitantes de contratación pública y el Ministerio de Salud y Protección Social podrá establecer compras coordinadas y/o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos. (artículos 62, 63, 64, 66, 73 y 74 del proyecto de ley)

Así mismo, los órganos de dirección y administración estarán a cargo del Consejo Directivo y el director. El Consejo Directivo estará compuesto por 5 integrantes, el secretario o director de salud o su delegado, 1 representante de los usuarios, 2 representantes profesionales y el jefe de administración local correspondiente. Los requisitos para ser director varían del nivel de complejidad de cada ISE, como se establece en el artículo 67 a 69 del proyecto de ley, que en todo caso deberán contar con formación de administración, entre otras de servicios de salud. Las ISE contarán con una mesa técnica que les permita obtener los mejores resultados dentro de las redes integradas e integrales de salud. Por otro lado, los derechos laborales de las ISE los dividen entre dos tipos de vinculación laboral, los primeros que ingresan por ser cargos de confianza, por lo tanto, son de libre nombramiento y remoción correspondientes a la conducción, orientación o directrices que serán acordes a la Ley 909 de 2004. Frente a los demás servidores públicos se entenderán del régimen especial desarrollado en el artículo 73. Así mismo, en el artículo 74 en pro de proteger y garantizar los derechos de los trabajadores de la salud se garantizará el derecho de permanencia de los servidores. Y, por último, el artículo 75 establece que el sistema de control interno se regirá por la Ley 87 de 1993 y la designación del responsable de la oficina se dará conforme a las Leyes 87 y 1474.

Por último, entendiendo las dificultades de acceso en oportunidad para las zonas dispersas para atención básica y especializada con el soporte de fuerzas militares, de policía nacional y las Patrullas Aéreas Colombianas. Así mismo, estos hospitales itinerantes serán financiados por los Fondos Territoriales de Salud y el Fondo Nacional de Regalías, su programación será trimestral y estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

G. Capítulo VII. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud

Dentro de las funciones principales del sistema de salud será la construcción de redes integradas e integrales de salud, tomando lo expuesto por la Ley 1751 de 2015 en su artículo 13 y se suprimen los artículos 60, 61, 62, 63 y 64 del capítulo II de la Ley 1438 de 2011. Así mismo, para ello, se tomó lo dicho por la Corte Constitucional en la sentencia C-313 de 2014, frente a Redes Integradas e Integrales que fue desarrollado por la Corte Constitucional al relacionar lo establecido en la Ley 1751 y en la Ley 1438:

> *"Dicho esto, resulta oportuno destacar el concepto de "redes integrales" de servicios de salud que incorpora la ley examinada, lo cual, valga decir, no puede confundirse con el de "redes integradas". (…) Por tanto, el concepto de red integral, en su comprensión semántica, apareja la idea de acceso efectivo para todos los usuarios a los servicios y tecnologías que ofrece el sistema de salud, sin las limitaciones que surgen de la idea de sistema integrado de salud, pues el fin constitucional de satisfacción del principio de integralidad de este derecho fundamental en nada se opone a su funcionamiento a través de redes inte-*

gradas, teniendo en cuenta que se trata de dos figuras que no se excluyen y que, por el contrario, se complementan, partiendo de la hipótesis de que un modelo -red integral- establece la obligación en cabeza de los agentes prestadores o administradores del servicio de contar con todas las coberturas, procedimientos, insumos, tecnologías, especialidades y demás que respecto de la salud del paciente resulten menester; al tiempo que el otro modelo -red integrada- propone que los estamentos que componen la respectiva red de servicios actúen como una unidad operativa y funcional, bajo las circunstancias propias del modelo administrativo."

En el presente proyecto al revisar dicha interpretación, la acogió en su integridad para diseñar la forma en que el sistema se interrelaciona y funciona para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Se desarrollará la entrada de cada persona al sistema de salud desde la adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud, la atención primaria integral y resolutiva, la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, la referencia y contrarreferencia para ello, la construcción de las redes integradas e integrales de salud en cada territorio, acceso a medicamentos y tecnologías. Porque en el fondo de eso se trata la creación de la figura de Redes Integradas e Integrales: garantizar que todas las personas tendrán acceso a servicios de salud de manera integral, entendiendo que se cuidará la vida del paciente y de su familia desde la entrada al centro, como el cuidado de pacientes paliativos o el apoyo de transporte del paciente y su familiar cuando no cuenten con los recursos suficientes para ello, tener los tratamientos médicos y la mayor interdisciplinariedad que requiere un paciente para su correcto cuidado de la vida. Saber que si un paciente requiere una atención de mayor complejidad que su centro de salud no lo pueda atender será referenciado al Instituto Sanitario más cercano y que pueda brindarle la mejor atención posible para sus necesidades. Es simplemente poner la vida en el centro y saber que el Estado tiene como prioridad cuidar la vida de cada habitante y en especial, garantizar un trato digno cuando se relacione con el sector salud.

Cobertura del derecho fundamental a la salud

Para acceder a cualquiera de los servicios, el ciudadano acreditará sus derechos mediante su documento de identidad. Los procesos administrativos generados por la prestación de los servicios, tales como referencia y contrarreferencia, traslados, hospitalizaciones, suministros de medicamentos e insumos, deberán realizarse en forma interinstitucional, nunca trasladados dichos trámites al paciente o a sus familiares.

Cuando en el municipio de residencia del usuario se tenga la disponibilidad de servicios especializados, deberá ser atendido allí y no podrá remitirse a otros municipios, salvo que se demuestran serias falencias en el servicio o problemas específicos que lo justifiquen.

Igualmente, la red de servicios y la ruta de atención debe cumplir el principio de contigüidad, de tal modo que los pacientes no sean remitidos a servicios especializados en ciudades lejanas, cuando en las ciudades próximas a su residencia estén disponibles dichos servicios especializados. Las excepciones a este principio deben demostrar serias falencias del servicio, o condiciones particulares que la justifiquen, para decidir la remisión a una ciudad distante del municipio de residencia del afiliado.

Para garantizar la portabilidad del derecho y la continuidad de la atención, cuando el ciudadano en tratamiento requiera trasladarse temporalmente a otro departamento o región, sin fijar residencia en la misma, por motivos relacionados con aspectos familiares o laborales, se solicitará a la Dirección Local de Salud una comunicación de solicitud de atención temporal en el municipio de destino y su correspondiente red de servicios para garantizar la continuidad de la atención en salud.

Cuando el ciudadano haya optado por recibir servicios médicos básicos distintos de su centro de atención primaria, asignado en función de su residencia, pero requiere del Sistema servicios de mayor complejidad, deberá tramitarlos necesariamente desde el Centro de Atención Primaria.

No se podrán establecer barreras económicas para acceder a los beneficios del Sistema de Salud tales como copagos o cuotas moderadoras, ni se podrán establecer condiciones como preexistencias o exigir períodos mínimos de cotización o de carencia.

Se exceptúa de esta norma la utilización de tratamientos hospitalarios y especializados no ordenados por los Centros de

Atención Primaria y no originados en una urgencia vital, en cuyo caso podrán cobrarse los copagos que reglamente el Ministerio de Salud. La continuidad de los tratamientos originados en una urgencia vital, deberán ser autorizados por el respectivo centro de atención primaria, el que constatará si la institución es la idónea para atender el paciente, y de no ser así la remitirá a una institución adecuada acorde a la red de la cual hace parte. Esta notificación se dará dentro de los primeros dos días hábiles para que el servicio pueda ser reconocido por los Fondos regionales y no dar origen a copagos.

Resolución de conflictos

La ley estatutaria 1751 de 2015 estableció la autonomía profesional como uno de los ejes centrales de la garantía del derecho a la salud, esta debe estar enmarcada en el principio de autorregulación, en ese sentido se definió el artículo 16 que estipula:

"*Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley*".

En la actualidad se ha tergiversado este mandato legal y se han generado juntas médicas a cargo de las EPS y no de los prestadores de servicios de salud, en algunas ocasiones estas se han convertido en mecanismos para negar servicios, y desconocer el concepto del médico tratante. Es necesario señalar que las juntas médicas por principio deben contar con la participación del médico tratante y tienen como función tomar las mejores decisiones colegiadas para el cuidado de la vida de los pacientes, resolver conflictos, discrepancias de diagnóstico y tratamientos con criterios éticos, autonomía profesional, autorregulación, razonabilidad y evidencia científica.

El proyecto de reforma estructural al sistema de salud establece que si el médico tratante lo requiere podrá solicitar el concurso de una junta médica, los integrantes de la misma deberán ser escogidos en un acuerdo entre el enfermo, su familia y el médico tratante, se debe garantizar al enfermo la posibilidad de escoger el especialista o cirujano de confianza. La frecuencia de sesiones de las juntas médicas está supeditada a la gravedad de la enfermedad, de aclaración del diagnóstico, y la necesidad de información por parte del paciente y su familia.

Conformación de redes departamentales o distritales de salud

Las direcciones o secretarías departamentales deberán establecer las Redes Integradas e Integrales que les corresponden, incluido establecer las redes por fuera de su territorio pero que se requieran por no contar con ciertos servicios de mediana y alta complejidad dentro del territorio. El ingreso a la red integrada e integral será de manera voluntaria, deberá cumplir con los requisitos de habilitación, como con los estándares de calidad y acceso oportuno de las y los pacientes que accedan a los servicios de cada IPS.

Todas las instituciones públicas y mixtas harán parte de la red de servicios y las instituciones privadas que lo deseen deberán adscribirse a la red departamental o distrital donde esté habilitada cada una de sus sedes. La adscripción es un proceso por el cual se compromete a no discriminar ningún paciente del Sistema que le sea remitido, como también a aceptar el tarifario único de servicios dictado por el Ministerio de Salud y Protección Social y, finalmente, tener en operación permanente un Comité Médico que analice el uso racional de procedimientos, medicamentos e insumos al interior de la institución, así como en las órdenes médicas y fórmulas tramitadas hacia el exterior, acorde a principios de economía y protocolos científicos disponibles. El Comité debe dar respuesta inicial a los interrogantes y/o observaciones presentados a la Institución por la Auditoría Médica Departamental o Distrital de la RED.

Coordinación Departamental o Distrital de la Red

La instancia de Coordinación Departamental de la RED, estará conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar el Sistema de Referencia y Contra-referencia, de pacientes entre las instituciones de atención primaria

y las instituciones con servicios de mediana y alta complejidad en cada departamento, más el proceso de traslado de pacientes. Deberá tener línea abierta permanente con las IPS que prestan los servicios de mediana y alta complejidad de la red en el departamento, para garantizar la atención oportuna de los afiliados. Igualmente, ofrecerá a las instituciones de la RED comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región. Los departamentos que no cuenten con profesionales con los requisitos aquí establecidos, bastará con la contratación de un médico general, que deberá contar con lo exigido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Coordinación Departamental o Distrital de la RED deberá disponer de una plataforma tecnológica para garantizar la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, capaz de brindar soporte 24 horas, los siete días de la semana. Así mismo, la plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral a la Gobernación Departamental y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

En Distritos y municipios de mayor tamaño las Direcciones Territoriales de Salud podrán crear una o varias oficinas de Coordinación del Sistema de referencia y contrarreferencia, en la medida del tamaño poblacional y la multiplicidad de instituciones de atención primaria, para que hagan enlace con las coordinaciones departamentales y distritales respectivas.

Coordinación Regional de la Red

La instancia de Coordinación Regional de la RED, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad.

La Coordinación Regional de la RED deberá tener línea abierta permanente con las coordinaciones departamentales para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como comunicación estrecha con las direcciones médicas de las IPS que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los afiliados.

La Coordinación Regional de la RED deberá disponer de una plataforma tecnológica para garantizar la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, capaz de brindar soporte 24 horas, los siete días de la semana. Así mismo, la plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contra-referencia. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

Evaluación de la Prestación de Servicios de la RED

Cada Coordinación Territorial de la RED debe producir un informe anual de Evaluación de la Red de Servicios, que será presentado ante la autoridad territorial, los cuerpos colegiados del respectivo territorio y el Ministerio de Salud y Protección Social.

La evaluación de la prestación de los servicios de la red se realizará de forma periódica, pero constante, en cada región y departamento, teniendo en cuenta los siguientes atributos:

- Conformación y desarrollo de la red y de los prestadores de servicios de salud que hacen parte de la misma. Equidad en la distribución de la oferta a las distintas poblaciones del territorio.
- Capacidad instalada de la red de servicios y adecuación de la oferta a la demanda de servicios.
- Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios a la red prestadora de servicios de salud
- Evaluación de los atributos del SOGC: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, suficiencia y continuidad, además del principio de contigüidad propio las rutas integrales de atención.
- Evaluación de indicadores de Gestión, de cumplimiento e impacto de la red de prestación de servicios de salud.

Sistema de referencia y contra-referencia:

Se entiende por resolver una referencia, la actividad de programar y conseguir la atención ambulatoria u hospitalaria que le ha sido solicitada al paciente por el médico tratante, desde la institución remisora hacia un nivel de complejidad superior, es decir agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, con la determinación de horarios y consecución del servicio solicitado, y no simplemente como el proceso administrativo de expedir una orden para una institución, que deje al paciente y la familia la responsabilidad de conseguir la atención que requiere.

Proceso Interinstitucional.

Para garantizar la accesibilidad, continuidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios será un proceso interinstitucional, mediado por instancia técnicas denominadas Coordinaciones Municipales, Departamentales, Regionales y Nacional de la Red de Servicios.

Cada Institución de salud, sin importar su naturaleza, deberá tener en funcionamiento permanente una Oficina de Referencia y contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe orientarse por estas oficinas, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contra-referencia debe ser igualmente dirigida por estas Oficinas.

Cada Dirección Departamental o Distrital de Salud conformará una Oficina de Coordinación de la Red de Servicios.

Cada Región constituirá una Oficina de Coordinación Regional de la Red de Servicios, dependiente de la Dirección Regional de Salud y el Fondo Regional de Seguridad Social en Salud.

A nivel Nacional se conformará una Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales para suplir necesidades de atención que requieran superar los límites regionales, para tratamientos en instituciones especiales no disponibles en muchas regiones.

H. Capítulo VIII. Modelo de Atención

El modelo de salud, como se ha repetido desde el inicio del proyecto, busca dar respuesta a las necesidades en salud de la población, desde el cuidado de la vida en la comunidad, hogar, familia y de cada persona, para garantizar el mayor número de años de vida saludable. De allí, que en este capítulo se explique el proceso de atención de salud desde la entrada al sistema por medio de la Atención Primaria Integral en Salud hasta la atención de alta complejidad o de enfermedades raras o poco frecuentes, las acciones de prevención y control de enfermedades y problemas de salud de interés en salud pública. También el pago por las prestaciones económicas y los servicios prestados por los diversos niveles de las redes integradas e integrales de salud, sean privadas, mixtas o públicas. Este capítulo guarda relación con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como "primer elemento de asistencia sanitaria" que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978). La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos tal como lo plantea la OMS en su informe de 2008, e involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria.

Todos los ciudadanos deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en función de la cercanía a su lugar de residencia. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud deberán desarrollar estos centros para garantizar los servicios básicos, incluido un adecuado servicio de apoyo diagnóstico, y para dar sede a los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio. Deberán planificar un Centro de Atención Primaria para poblaciones de alrededor de 20.000 habitantes.

Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención extrahospitalaria de urgencias, la coordinación de la red de urgencias, así como los servicios de atención domiciliaria.

La Atención Primaria de Salud se hará a través de IPS mediante: la identificación desde comunitaria hasta individual de la población que atienden, formulación de acciones para mejoramiento de la calidad de vida de la población que integra dicha comunidad y esta será participativa, acciones claras y específicas desde los equipos interdisciplinarios para promover calidad de vida y salud en general, como prevenir enfermedades generales, laborales y accidentes, entre otros elementos identificados para cada comunidad, también estará a cargo de la atención ambulatoria que se pueda prestar en dicho nivel, como la referenciación de aquellos procedimientos que no sean de su competencia, servicios farmacéuticos y de referenciación de tecnologías, en caso de no contar con ellas, en el marco de atención de salud, servicios de apoyo diagnóstico en otras áreas como laboratorio, atención domiciliaria y de urgencias. Así mismo, la información de cada paciente deberá estar en la historia clínica única.

Se desarrollará un plan de inversión en Centros de Atención Primaria a diez años, a fin de contar, como mínimo, con un Centro por cada 20.000 habitantes, disposición que podrá ser para una población menor o mayor, conforme a las condiciones epidemiológicas, la distribución de la población en el territorio y las necesidades en salud de la población para definir el número y localización de los centros de atención, conforme a la política que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Pago de los servicios de salud de mediana y alta complejidad

Las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud deberán presentar las cuentas de servicios solicitados y prestados al respectivo Fondo Regional de Salud, Fondo que pagará el 80% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, reservando el 20% restante a la revisión y auditoría de las mismas.

Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud dispondrán de oficinas departamentales de Recepción, Revisión y

Auditoría de Cuentas Médicas en cada departamento de la Región. Igualmente, cada oficina departamental contará con una Dirección de Auditoría Médica de la RED.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% del valor de las mismas, la institución que factura entrará de inmediato bajo investigación de la Dirección Departamental o Distrital de Salud y los resultados de la investigación serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud. Adicionalmente, si se encontraran irregularidades graves en la prestación o facturación por parte de una IPS, por parte de la Auditoría Médica, las Direcciones Territoriales de salud podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la RED la restricción o el cierre total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios hacia dicha institución.

Las Redes de Servicios de Salud se conformarán con instituciones de salud públicas y privadas, y operarán teniendo en cuenta las necesidades surgidas desde las instituciones de Atención Primaria de cada municipio, así como bajo las siguientes definiciones y estructura administrativa:

Todas las instituciones públicas harán parte de la red de servicios y las instituciones privadas que lo deseen deberán adscribirse a la red departamental o distrital donde esté habilitada cada una de sus sedes. La adscripción es un proceso por el cual se compromete a no discriminar ningún paciente del Sistema que le sea remitido, como también a aceptar el tarifario único de servicios dictado por el Ministerio de Salud y Protección Social y, finalmente, tener en operación permanente un Comité Médico que analice el uso racional de procedimientos, medicamentos e insumos al interior de la institución, así como en las órdenes médicas y fórmulas tramitadas hacia el exterior, acorde a principios de economía y protocolos científicos disponibles. El Comité debe dar respuesta inicial a los interrogantes y observaciones presentados a la Institución por la Auditoría Médica Departamental o Distrital de la RED.

La prestación de los servicios médicos asistenciales a los ciudadanos incluye la baja, mediana y alta complejidad, con todos sus servicios médicos y de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por el Ministerio de Educación Nacional. Igualmente, los servicios de atención extrahospitalaria de urgencias y el transporte de pacientes.

Así mismo, se deberá contar con programas del Ministerio de Salud y Protección Social para la prevención y control de enfermedades de interés de salud pública, que deberá actuar de manera coordinada con las otras estructuras del modelo de atención. Como también se deberá contar con todas las garantías para quienes son pacientes de enfermedades raras o poco frecuentes, como su prevención, en el fomento de investigaciones y prestación de servicios para ellas. Y por último, se deberá garantizar el pago de las prestaciones económicas destinadas a proteger los ingresos de las familias en las licencias de maternidad, paternidad, así como las licencias por incapacidad laboral.

I. Capítulo IX. Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIS)

El nuevo sistema de salud desarrollará un sistema de información único, público, transparente, disponible en línea, que usando las últimos recursos tecnológicos de Big Data, Procesamiento Digital de Imágenes, cadena de bloques y demás recursos para Inteligencia Artificial, que permita recuperar el máximo de información económica, clínica, científica, tecnológica, técnica y administrativa, desde los orígenes del sistema de salud vigente, para preservar recursos económicos y epidemiológicos, así como tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento de soporte a la justicia para sancionar la corrupción y evitarla en el sector salud, conforme al artículo 17 de la Ley 1751 de 2015. Para ello, se crea este capítulo, el cual va desde el artículo 106 al 108 del proyecto de ley, para su definición, características generales, identificación de medicamentos y el soporte para las Redes Integradas e Integrales de Salud, para así garantizar la atención oportuna y de calidad de todo aquello que lo requiera en tiempo real.

El Sistema incluirá los datos necesarios para garantizar la información sobre componentes individuales, demográficos, determinantes de salud, genéticos y clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, incluyendo administrativos y contables. Un elemento constitutivo de este sistema será la historia clínica única. Todo esto, garantizando el derecho fundamental constitucional a la intimidad y a la privacidad de cada persona.

El 23 de abril de 2021 la OPS publicó las conclusiones de la Conferencia *"De la evolución de los sistemas de información para la salud a la transformación digital del sector de la salud"* (OPS/EIH/IS/21-0006), que resume las experiencias de los países americanos en sistemas de información, especialmente durante la pandemia de COVID-19 y propone ocho principios para la transformación digital del sector salud:

1. Conectividad universal en el sector de la salud
2. Creación conjunta de bienes de salud pública para un mundo más equitativo
3. Salud digital incluyente a toda la población, principalmente grupos más vulnerables

4. Diseño e implantación de sistemas de información digital abiertos, sostenibles, e interoperables

5. Integración de los Derechos Humanos en todas las áreas de la transformación digital para la salud

6. Participación en la cooperación mundial en materia de inteligencia artificial y toda nueva tecnología

7. Incorporación de los mecanismos que garanticen la confidencialidad y seguridad de la información en el entorno de salud pública digital

8. Diseño de una estructura de salud pública renovada para la era de la interdependencia digital

En Colombia la pandemia evidenció graves deficiencias del sistema de información en salud y la necesidad urgente de su transformación profunda a la luz de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud (LES). En ese sentido, evaluemos las fortalezas y debilidades de los principales componentes del sistema vigente para proponer los ajustes y cambios necesarios, que debe contener la ley.

El Sistema Público Único e Integrado de Información en Salud SPUIIS (Gráfica N°1) contendrá:

Subsistemas Públicos Información en Salud, teniendo en cuenta los existentes en Colombia, sus funciones y relaciones y los que se crearían para fortalecer el sistema en desarrollo de la LES.

Subsistemas públicos de Información generadores de datos:

Base de Datos Única de personas registradas en el Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social (BDUA-SNSSS)

Página web del ente receptor y pagadores (Administradora de Recursos para la Salud – ADRES y fondos pagadores): deben ofrecer información sobre la población registrada actualizada, como resultado de lo reportado por las instituciones integrantes de las redes de atención. Aquí, el papel del ente rector debe dejar de ser pasivo pues en la actualidad esta base de datos, aunque oficial y única, está operada y controlada por las EPS y solo informa cada usuario registrado en determinada EPS. La Ley que desarrolle la LES establece el registro oficial administrativo único de cada dato en una base operada directamente por el ente rector, para tener el control de la relación administrativa de cada persona con el sistema de salud, que sirve para la identificación única, precisa y portable de cada individuo.

SISPRO.: Sistema Integrado de Información de la Protección Social. Ofrece datos para facturación electrónica e Indicadores generales del gasto en atenciones en salud y:

- Información de Prestadores de Servicios con los Subsistemas:
- Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
- Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS)
- Sistema de Gestión Hospitalaria (SIHO)

Mi Prescripción (MIPRES), que actualmente es un aplicativo para la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, y en la nueva ley identificaría tecnologías y servicios complementarios no existentes en el país

Registro Único de Atención Primaria (RUAP), contiene la información de cobertura poblacional para promoción de la salud y prevención de enfermedades
Consulta Masiva de Supervivencia (CMS)

Mi Vacuna (utilización del registro PAI de Bogotá en todo el territorio nacional, para consulta de todas las personas a vacunar y vacunadas.

2. Información de financiamiento con:

- Indicadores generales del gasto en atenciones en salud como Apoyo a las regiones y Empresas Sociales del Estado ESE
- Indicadores generales del gasto en salud
- Variables presupuestales de la red pública
- Recaudos al sistema de seguridad social integral y parafiscales
- El Valor de la compensación, existente hoy en día, se cambiaría por el de Proyección de costos por servicios prestados; se emitirá anualmente a cada institución de todas las redes del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social con base en la información del costo de su actividad del año anterior

3. Información actualizada sobre:

- Salud Ambiental
- Salud nutricional
- Información de la inspección, vigilancia y control que adelanta el INVIMA en diferentes frentes:
- Bancos de sangre con sus requerimientos
- Establecimientos certificados en Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC o HACCP por sus siglas en inglés)
- Establecimientos de alimentos y bebidas alcohólicas con buenas prácticas de manufactura.

4. Mi Seguridad Social con Trámites y Servicios, RUAP y PILA Planilla Integrada de Liquidación de Aportes

5. Gestión del conocimiento con:

- Prestaciones
- Vacunación (Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, incluye COVID-19 solo en Bogotá, D. C.)
- Ficha regional o territorial saludable y municipal

Entre otros sistemas, que se consideren de especial relevancia para el funcionamiento del sistema de salud. Actualmente SISPRO, sistema de información principal de salud del Estado de donde derivan otros subsistemas, muestra avances, pero persisten deficiencias en validación de datos, interoperatividad con los demás subsistemas y en el análisis de resultados en salud. La Ley ordenará exactitud, integridad, consistencia y pertinencia de los datos en todos los subsistemas, así como la obligatoriedad de los mecanismos de validación y análisis periódico de resultados en salud. Debe garantizar la transparencia y el acceso universal al microdato en todos los subsistemas. Así mismo, deberá tener en cuenta los siguientes sistemas de información del sector, que son relevantes para la toma de decisiones en política pública:

- Instituto Nacional de Salud (INS) y su programa SIVIGILA,
- Plan ampliado de inmunización (PAI) y Vacunación Covid-19:
- MedCol-STAT
- POS Pópuli
- Otras
-

Existen solo páginas de contacto de cada una de ellas para sus usuarios, pero ninguna para “información sobre componentes individuales, demográficos, determinantes de salud, genéticos y clínicos, que incluyan diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, incluyendo administrativos y contables” pues cada EPS tiene su propio modelo de digitalización, aun cuando el Estado cuenta con más de 42 sistemas de información propios. Esto genera información no centralizada y totalmente fragmentada que se maneja como propiedad privada. Qué al cambiar el sistema de información, como el dueño de ella, garantizará que se pueda establecer un per cápita más transparente para la sociedad en general, entendiendo la gestión del riesgo financiero, en salud y operativa que debe asumir el sistema de salud y las instituciones que la integran.

J. Capítulo X. Participación Ciudadana y Social

El sistema de salud de la ley 100 afectó de manera muy significativa a los usuarios del sistema que resultan siendo los más perjudicados. Largas listas de espera para una cita con los especialistas, esperas injustificadas para el ingreso al sistema de atención a través de call center que nunca contestan, largas filas para acceder a una cita con el médico general, largas filas para la entrega de medicamentos, y los mecanismos de participación ciudadana fueron completamente desechados por el sistema. El Consejo Nacional de Seguridad Social en salud contemplado en la ley 100 de 1993 se fue marchitando hasta desaparecer. Entonces el primer problema que hay que resolver es la dignificación de los pacientes/ciudadanos que deben recibir una atención digna y eficiente.

Fue esta situación lo que disparó el uso de la Acción de Tutela que en el año 2019 llegó a las 223.000 de acuerdo con la Defensoría del Pueblo y el crecimiento hasta llegar a un promedio de más de un millón de Peticiones. quejas y reclamos que se presentan por los ciudadanos ante la Superintendencia de salud en lo corrido de 2022, como se ha visto en el capítulo segundo de la presente exposición de motivos, los datos han ido en incremento, desde que se cuenta con el registro entregado por la Superintendencia de Salud.

El punto de Partida debe ser entonces el artículo 12 de la Ley Estatutaria que quiso enmendar el maltrato y la violación permanente del Derecho Fundamental a la salud, pero que en la práctica ha sido burlado. Allí se establece que la “participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan.”

El proyecto de reforma adopta unos mecanismos de participación que materializan estos derechos y que se encuentran en las instancias máximas del sistema.

Las dimensiones de la Participación Ciudadana en el Sistema de Salud

Estas dimensiones deben estar acordes con el ordenamiento constitucional artículos 2, 3, 40 y 103 de la Constitución Política y con el artículo 12 de la ley estatutaria 1751/2015. Son dos los ámbitos de la participación (1) debe garantizar la autonomía en la toma de decisiones del paciente, (2) Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que les afectan o interesan.

La autonomía en la toma de decisiones por parte del paciente

Deberá prevalecer la toma de decisiones de la persona sobre su salud, por lo cual el Sistema General de Seguridad Social en salud definirá las estrategias e instrumentos para evitar la vulneración de los derechos en la autonomía de los sujetos, frente a las decisiones sobre su cuerpo y salud, ante la necesidad de tratamientos, procedimientos o tecnologías en salud, sobre la cual se pueda predicar la objeción de conciencia del médico tratante.

Participación en la definición de las políticas públicas en salud

Es la participación efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones, en la gestión y en la vigilancia y control, en los establecimientos de salud y en las instancias de formulación, implementación y evaluación de los planes y políticas públicas relacionadas con la salud de la población.

Al tenor del artículo 12 de la Ley Estatutaria de Salud este derecho incluye:

1. Participar en la formulación de las políticas de salud, así como en los planes para su implementación;
2. Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema;
3. Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
4. Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
5. Participar en la definición de las prioridades de salud;
6. Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimiento de salud;
7. Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Al examinar este listado que la Ley 1751 estableció para garantizar el derecho a la participación como parte del derecho fundamental a la salud, la Corte Constitucional lo encuentra adecuado a la Constitución, pero señala que es un listado enunciativo y no taxativo, es decir, que no agota los espacios de la participación, se pueden generar otros espacios de participación como parte del derecho fundamental a la salud. (Sentencia C313/2014). Los ámbitos de la participación en el proyecto de reforma estructural al sistema de salud La participación ciudadana en la dirección del Sistema Nacional de Salud:

La dirección del Sistema de Salud en el ámbito nacional será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social y por el Consejo Nacional de Salud. En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, encargadas de administrar los fondos territoriales de salud que ejercerán la función de Autoridad Sanitaria en el territorio correspondiente, en armonía con los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

Consejo Nacional de Salud

El Consejo Nacional de Salud es una instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social con autonomía decisoria quien tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de políticas públicas de salud, llevar iniciativas normativas, evaluar el sistema de salud y generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento del mismo.

Composición del Consejo Nacional de Salud

El Consejo Nacional de Salud estaría conformado por 40 miembros de los cuales cinco (5) serían del gobierno nacional: El ministro de salud y protección social quien lo presidiría; el ministro de Hacienda; el ministro del trabajo; el ministro

de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible y el Director Nacional de Planeación. Tres representantes de las secretarías o direcciones territoriales de Salud. 29 representantes de la sociedad civil. Igualmente se prevé la representación de dos delegados de los CAPIRS. El Superintendente de Salud y el director del Adres quienes asistirán con voz, pero sin voto.

Funciones del Consejo Nacional de Salud

1. Proponer al ministerio de Salud y protección social las políticas públicas nacionales en salud, en especial, la salud pública;

2. Proponer políticas frente a los determinantes sociales de la salud que el ministerio de Salud deberá tramitar ante las instancias del gobierno respectivas (agua potable, medio ambiente, alimentación, etc.)

3. Llevar iniciativas en materia de reglamentación del sistema de salud para consideración del ministerio de Salud y Protección Social;

4. Velar por el buen funcionamiento del sistema de salud y por el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector de la salud;

5. Presentar semestralmente un informe de las actuaciones y gestiones del Consejo Nacional de Salud ente las Comisiones séptimas de Senado y Cámara de representantes;

6. Adoptar su propio reglamento.

Los Consejos Territoriales asumirán estas funciones en el ámbito de su territorio.

Consejos Regionales de Salud

Se establecerán Consejos Regionales de Salud conformados por departamentos y Distritos. El Consejo Regional de Salud cuya composición sería tripartita: un tercio serían delegados del gobierno nacional, departamentales y distritales; un tercio delegados de los trabajadores y un tercio de los empresarios. Este Consejo Regional tendrá funciones muy importantes pues sería el que contrataría con las redes integrales e integradas de salud.

Otros ámbitos de Participación Ciudadana y Social

En cada Centro de Atención Primaria en salud se conformará un Consejo de Participación y Seguimiento de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud, conformado por siete miembros de los cuales cuatro (4) serán designados por las organizaciones sociales del territorio que cubre el Centro y 2 por el personal de la salud que labore en el Centro. Presidirá dicho Consejo el director o secretario de salud del municipio o su delegado.

No habrá ubicación de fondos sino recursos asignados con una composición estándar para cada Centro de Atención Primaria Resolutiva en salud. Los espacios de participación social y ciudadana definidos en las leyes 10 de 1990, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, así como en las leyes 134 de 1994 y 1757 de 2015.

K. Capítulo XI. Inspección, vigilancia y control

Una de las instituciones centrales en la IVC del actual sistema de salud es la Superintendencia de Salud, que cumple funciones sancionatorias sobre las EPS, no obstante, la labor sancionatoria ha sido débil, frente la magnitud de las transacciones económicas que ejercen estas instituciones. La ley 1949 de 2019 no logra el cometido de generar una descentralización efectiva de la Supersalud, esta se limita a la apertura de unas oficinas para recepción de quejas y peticiones en las regiones, y el monto de las sanciones establecidas son pírricos respecto al caudal de recursos públicos que intermedian los administradores de estos recursos, es probable que estos recursos de las sanciones se paguen con los propios recursos pú-

blicos. En el siguiente cuadro se muestra el número de investigaciones con sanción desde el 2014 a 2017, en un año estas no superan los 30 mil millones de pesos (Gaceta del Congreso, 2018):

Sanciones impuestas		
Vigencia	**No. Investigaciones con sanción**	**Monto**
2014	306	$15.542.795.171
2015	1.165	$71.269.539.650
2016	1.432	$75.863.783.174
2017	814	$26.465.439.516
Ene.-Ago. 2018	171	$17.471.872.218

Fuente: delegada de procesos administrativos. SNS.

Otras de las debilidades, es los tiempos cortos para que la superintendencia adelante las investigaciones administrativas que previo a la ley 1949 de 2019 era de tres años, por lo que se propuso una ampliación de 5 años, dado que un número importante de procesos caducaron ante la incapacidad de la delegada de estos procesos para tramitar los mismos (Ver Cuadro de Gaceta del Congreso, 2018)

Acto sancionatorio vs. declaratoria de caducidad		
Vigencia	**No. Total sanciones**	**No. Caducidades**
2014	306	118
2015	1.165	501
2016	1.432	624
2017	814	125
Ene-Ago 2018	171	96
Total	**3.888**	**1.464**

Fuente: delegada de procesos administrativos. SNS.

La ley 1949 de 2019 fue una iniciativa del gobierno del presidente Iván Duque Márquez que fue aprobada con las siguientes consideraciones para reformar la Supersalud: Incrementar el monto de las multas, la instauración de sanciones alternativas como las multas sucesivas, se precisan nuevas posibilidades para la revocatoria parcial o total de autorizaciones de funcionamiento, la suspensión de certificados de autorización, el cierre temporal o definitivo de servicios y establecimientos por incumplimiento, la adopción de medidas concretas contra representantes legales y revisores fiscales. Se definieron las conductas e infracciones, los criterios agravantes, las sanciones con la cuantía, el procedimiento para su imposición y la autoridad competente.

Esta ley tiene una demanda por inconstitucionalidad dado que se expresa que se transgrede el debido proceso, en tanto se entregan facultades a una autoridad administrativa para definir multas y sanciones, además de otorgar un excesivo poder para sancionar y remover representantes legales en el sector salud. Se expresa que se vulneran los criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que define los plazos de un proceso.

En este capítulo, desarrollado en el capítulo XI del proyecto de ley dentro de los artículos 114 al 125 las funciones de la Superintendencia de Salud, los alcances de la inspección, la vigilancia y el control, el sistema de inspección, vigilancia y control, los ejes del sistema de inspección, vigilancia y control, conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud, los objetivos de la Superintendencia de Salud, funciones y facultades de la Superintendencia de Salud, estrategias para acceso expedido a los servicios de salud, principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos, nombramiento del Superintendente Nacional de Salud y desestimación de personalidad jurídica para la recuperación de recursos de la salud.

En la propuesta que se hace la Superintendencia de Salud debe ser un organismo desconcentrado con un poder de actuación efectivo en los territorios, con una estructura nacional, que tiene como principal objetivo vigilar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y tomar las medidas correspondientes para su garantía, por parte de los diversos actores que integran el sistema de salud, donde siempre las acciones de la Superintendencia deben ser tendientes a cumplir con el principio de celeridad dentro del sistema de peticiones, quejas y reclamos, más cuando está en juego la vida digna de cualquier persona, en el que podrán aplicar medidas cautelares para la atención prioritaria requerida dentro de las 72 horas siguientes a la presentación de cualquiera de estas. Así mismo, el Superintendente de Salud será nombrado por el señor Presidente de la República.

Se deberá entender que la inspección trata del seguimiento, monitoreo y evaluación del sistema de salud sobre el manejo de los recursos, la situación jurídica de cada entidad e institución pública, mixta o privada, situación financiera, técnico-científica, administrativa y económica sobre las entidades bajo su vigilancia. Así mismo, la vigilancia debe ser entendida como las acciones de advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque los actores vigilados cumplan con las normas previstas, que buscan garantizar el derecho fundamental a la salud. Y, control, será entendido como la acción de ordenar correctivos tendientes a mejorar la prestación y garantía del derecho fundamental a la salud. Así mismo, el Sistema de inspección, vigilancia y control de que trata la presente ley, no solo trata de las normas aquí establecidas, sino de todas que no son contrarias a lo a aquí establecido, que estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, salvo las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud e INVIMA.

Por otro lado, a la Superintendencia Nacional de Salud se le estipula ejes, objetivos y funciones para el correcto funcionamiento del sistema, como el derecho de establecer, a la luz del Código Contencioso Administrativo, los procedimientos tendientes a garantizar el debido proceso y la igualdad de los procesados dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. Como ejes del sistema para su inspección, vigilancia y control se establecieron: financiamiento, prestación de servicios de atención en salud pública, que incluye a todos los actores que intervengan en la garantía del derecho fundamental a la salud, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales de intervención forzosa administrativa o de liquidación frente a los actores vigilados, como a intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales que no cumplan con su deber constitucional, legal y normativo, también tendrán las mismas funciones frente a la información del sistema y la garantía de equidad en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, conforme lo estipula la ley.

Los objetivos del sistema de salud son fijar las políticas de inspección, vigilancia y control del sistema de salud, como hacerlas cumplir, las fijadas por la ley como por las normativas, exigir el cumplimiento de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, proteger los derechos de los usuarios, promover la participación ciudadana, rendir cuentas sobre su labor anualmente, velar por la autonomía profesional y ética de los profesionales de la salud, velar por la eficiencia de los recursos de la salud y evitar que se produzca abuso de la posición dominante de cualquier actor del sistema.

Y, las funciones principales, además de las que ya establece la ley y no son contrarias a estas, como aquellas que hagan parte del desarrollo normativo posterior, serán adelantar inspección, vigilancia y control de: ADRES, todos los fondos públicos de salud, de orden nacional, regional y territorial; de las direcciones o secretarias territoriales; establecer los procedimientos que se rijan conforme al Código Contencioso Administrativo; introducir mecanismos de autorregulación y soluciones alternativas a los conflictos; ejercer competencia preferente frente a lo que se refiere al sector salud aquí descrito; sancionar en lo que le compete y denunciar ante los órganos competentes aquello que verse sobre sus competencias; velar

por el cumplimiento de los principios, elementos y criterios de equidad que cobijan el derecho fundamental a la salud; que las Instituciones Prestadoras de Salud cuenten con Código de Conducta y de buen gobierno; brindar garantías de progresividad del derecho; desarrollar procesos de desconcentración para el correcto funcionamiento de la entidad y la garantía del derecho fundamental a la salud; mejorar y desarrollar un sistema eficiente de resolución de peticiones, quejas y reclamos; rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud; conservar autonomía técnica frente a sus funciones; y velar porque los actores actúen correctamente desde acciones preventivas y resolutivas.

Se estableció que la Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora de oficio o por petición de parte, por los conflictos que versen entre los prestadores del servicio y los usuarios, que no permita el correcto cumplimiento del derecho fundamental a la salud, como que estos acuerdos tendrán efecto de cosa juzgada y el acta podrá prestar mérito ejecutivo. Así mismo, tendrá funciones jurisdiccionales frente a la cobertura de procedimientos, actividades e intervenciones de salud cuando la negativa de las IPS ponga en riesgo la vida de cualquier paciente y frente a conflictos de la libre elección que suscite entre la IPS y el usuario, y la movilidad dentro del sistema. Así mismo, para mejorar el acceso al servicio de salud, en caso de que se deba acudir a la Superintendencia de Salud o a la Rama Judicial, es deber de la Superintendencia contar con: compilación anual y actualizada de la jurisprudencia en materia de salud, fortalecimiento institucional en sus funciones de resolución de conflictos, controversias y acceso al servicio; cualificación de los operadores de justicia; y propender por garantías institucionales de acceso a la información. Así mismo, dentro del artículo 130 del proyecto de ley se establece la posibilidad de solicitar la liquidación de la personalidad jurídica para la recuperación de los recursos en salud.

L. Capítulo XII. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud

Dentro del presente capítulo, se desarrolló el artículo 126 del proyecto de ley, que busca establecer una planificación para cada cuatrienio de gobierno nacional, que garantice recursos del sistema de salud para inversiones en temas estratégicos en ciencia, tecnología e innovación en salud, creando una subcuenta para esta materia. Así mismo, para que los temas a tratar por el Ministerio de Ciencia y Tecnología en la materia de salud sean concertados con el Ministerio de Salud y Protección Social, que en todo caso tendrá como propósito único financiar proyectos de investigación, tecnología e innovación en materia de salud pública.

M. Capítulo XIII. Política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud

El rubro del gasto en salud que más ha crecido en los últimos años, es el correspondiente a los medicamentos y tecnologías en salud. Influyen en este crecimiento asuntos como la protección a la propiedad intelectual (patentes, marcas, protección a los datos) así como los comportamientos del mercado de estos insumos para la atención sanitaria, en lo que se ha denominado la "presión tecnológica". Esto se traduce en precios crecientemente elevados para las nuevas tecnologías, así como una presión para concentrar el gasto en productos novedosos. En Colombia se produjo una política farmacéutica en 2004, que fue revisada y actualizada en 2012. La política incluye elementos como la gestión de la propiedad intelectual, el control de los precios, la regulación del registro sanitario, el control a la promoción y la publicidad, los conflictos de interés, la promoción de los genéricos, la resistencia a los antimicrobianos como problema prioritario de salud pública y la promoción del uso racional de los medicamentos. Estos elementos de política farmacéutica constituyen una caja de herramientas que permiten combinar el uso apropiado con la contención del gasto. Esta caja de herramientas debe ser revisada y actualizada periódicamente para responder a los cambios en el sector farmacéutico y en las prioridades actuales, como la soberanía y la seguridad farmacéutica, que se traduce en la recuperación de la capacidad de producción de vacunas, la reindustrialización del sector farmacéutico y el impulso a la industria nacional y la gestión nacional e internacional de la propiedad intelectual.

El proyecto de ley contempla la obligatoriedad de actualizar la política farmacéutica periódicamente, cada 4 años, el gobierno nacional, con la participación del Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS). Además de acoger lo establecido en el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, como la creación de estrategias que permita: compra conjunta de medicamentos de salud, respaldo producción nacional de moléculas no protegidas por patentes, como las protegidas por patentes, la provisión descentralizada de medicamentos, conforme a los perfiles epidemiológicos, regulación de precios de medicamentos y tecnologías en salud, evaluación y regulación

de uso de tecnologías e insumos, mecanismos que favorezcan la competencia, investigación y desarrollo tecnológico en salud, entre otras.

N. Capítulo XIV. Política de formación y educación superior en salud

El talento humano en salud es el recurso más importante de cualquier sistema de salud. Según el observatorio de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud para el 2017 había 323.039 profesionales de la salud, las auxiliares de enfermería pasaron de 179.077 en 2011 a 311.984 en 2017, para este último año había 76.235 tecnólogos profesionales (ASIS, 2020). Entre los profesionales de la salud la distribución es la siguiente: médicos (31,9%), enfermería (19,2%), Odontología (15,2%), y otras profesiones (15,1%). Para el año 2017 se disponían de 26 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes. La mayor concentración de médicos se encuentra en las ciudades de Bogotá, Atlántico, Risaralda, Santander, Antioquia, Valle del Cauca, la menor densidad se encuentra en el Vaupés y Chocó. En cuanto a enfermería se encuentran 13 profesionales por 10 mil habitantes, con mayor presencia en Bogotá, Santander y Atlántico, con menor déficit en la Guajira, Chocó y Caquetá.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha manifestado que la titulación de médicos generales y enfermeras se ha incrementado en los últimos años; la tasa de formación de especialistas se ha mantenido estática e incluso ha bajado en la proporción de nuevos especialistas por habitantes que ingresan al mercado laboral (MSPS,2016); no obstante, en el momento no existe evidencia clara del número de especialistas que tiene el país o de su distribución dentro del territorio nacional para atender las necesidades de la población. La razón es que la atención a la comunidad no ha sido el criterio para desarrollar las regulaciones de la formación de este recurso.

Lo que sí es cierto es que en Colombia existen enormes dificultades para el acceso a especialidades médico-quirúrgicas. Uno de los elementos que explican con preeminencia este fenómeno es el altísimo costo que tiene cualquier especialidad médico-quirúrgica. Ante la ausencia de una regulación estatal efectiva del mercado universitario, las instituciones formadoras llegan a cobrar matrículas que fluctúan entre 10 a 40 millones de pesos anuales, a precios del 2017, en programas que requieren formación de tiempo completo por tres a cinco años.

Esta condición que es excepcional en el mundo; en ningún otro país se paga por entrar a las residencias, ya que para el médico en formación implica trabajar en la prestación de servicios de salud y ejercer como docente de los estudiantes de pregrados y aún en el mismo posgrado en estudiantes de la misma residencia de cursos inferiores, en las instituciones de educación superior. Esta realidad, que resulta aberrante al compararla con los demás países, se intentó subsanar mediante la aprobación de la Ley 1917, de iniciativa de los gremios médicos y el Congreso de la República que reglamenta el sistema de residencias médicas con el objetivo de remunerar a los médicos residentes con recursos públicos de la salud y regular las onerosas matrículas universitarias. Esta ley de la República se encuentra en proceso de implementación y cuatro años después de expedida no ha regulado las exorbitantes matrículas.

La formación de talento humano en el modelo de mercado ha tenido una tendencia a desincentivar la formación en áreas como salud pública, comunicación, gestión, comprensión del contexto y los saberes humanos. Durante los años posteriores a la reforma de la Ley 100 no se profundizó en la formación asociada a la educación y promoción de la salud, atención primaria en salud, procesos de gestión y coordinación de programas e intervenciones de carácter familiar y comunitario.

Así mismo, existe una enorme deuda en la formación con respecto a las culturas médicas tradicionales de los grupos étnicos y la implementación del enfoque intercultural. (MSPS, 2016). Sin embargo, recientemente se conoció un informe de la OCDE en el cual se evidencia la falta oferta de médicos y enfermeras: En cuanto al número de médicos, nuestro país se encuentra ocupando uno de los peores lugares en el ranking, con 1,8 médicos por cada 1.000 personas. Sin embargo, en peor posición nos dejan las cifras en relación con el personal de enfermería, enviándonos al último lugar, con un índice de 1,1 por cada 1.000. El Ministerio de Salud y Protección Social expresa que existe una brecha entre los resultados de la formación y las necesidades del desempeño que determinan una baja capacidad resolutiva de los profesionales de la salud, no solo para la atención sino también para la prevención de la enfermedad y el cuidado paliativo (MSPS,2016).

El perfil del médico general, las especialidades médicas básicas, los odontólogos generales, bacteriólogos y enfermeros han perdido la mayor parte de la capacidad para resolver las necesidades de salud en el primer nivel de atención, así como para la coordinación de programas e intervenciones comunitarias dada la tendencia a perfiles de formación especializados

y "*hospitalocéntricos*" (MSPS,2016). Han desaparecido perfiles como el promotor de salud, los gestores en salud, los agentes comunitarios y los auxiliares de salud pública. El impacto que ha tenido el sistema de aseguramiento sobre la educación en salud, es la amnesia formativa de 25 años en el recurso humano para el abordaje de la salud pública. El sistema ha puesto énfasis en la atención especializada, llevada a cabo por médicos especialistas y auxiliares de enfermería. La adquisición de capacidades para el uso de nuevas tecnologías contrasta con la baja capacidad resolutiva del personal de salud en los niveles básicos de atención.

Por eso, además de implementar la Ley 1917 de 2018, dentro del artículo 130 del capítulo XIV del presente proyecto de ley se busca crear una política interinstitucional que tenga en cuenta las necesidades de los territorios de salud a través de su concepto técnico, que ayudará a que el Ministerio de Salud y Protección Social, junto al Instituto Nacional de Salud, el Instituto de Cancerología y en coordinación con el Ministerio de Educación formularán cada 4 años, con seguimiento anual, la Política de Formación y Educación Superior de Ciencias de la Salud , donde también tomará lo dispuesto en la Ley 1164. Los criterios principales de la política serán: orientar prioridades de educación para formación de personal y especialidades, conforme a las necesidades en salud de los diversos territorios en Colombia, crear estímulos para la formación de especialistas y subespecialistas en las ár4eas de salud priorizadas, establecer convenios y articulación entre las instituciones universitarias y las redes integradas de servicios de salud que cuenten con criterios de hospital universitario y asumir políticas acordes a las necesidades propias del sistema de salud.

O. Capítulo XV. Régimen Laboral de los trabajadores de la salud

En cuanto al modelo de aseguramiento, la segmentación del sistema de salud, la participación del sector privado, las políticas de flexibilización laboral, transformaron las condiciones laborales del sector salud en un campo donde confluyen y se superponen diversos regímenes laborales, la mayoría de ellos fundamentados en la tercerización laboral ilegal, la contratación por prestación de servicios y a destajo, lo que ha terminado afectando negativamente las condiciones laborales y el ejercicio profesional. La masacre laboral del sector salud en Colombia, que arrojó decenas de miles de funcionarios de sus cargos y los tercerizó o los convirtió en contratistas de servicios, constituyó una clara violación a los Artículos 22 a 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y un retroceso histórico del país en el cumplimiento de los mismos. Así, la gestión del recurso humano se ha enfocado más en mejorar la productividad y controlar el gasto de las instituciones en el corto plazo, se han invisibilizado los derechos laborales, y el personal de salud en muchos casos se ha concebido como un insumo más del mercado de la salud.

La reforma estructural considera diversas políticas prioritarias, una de ellas es la generación de un régimen y política laboral del talento humano en salud en cumplimiento de las directrices de la Organización Internacional del Trabajo, que genere un plan de formalización laboral en el sector público y privado, respetando los derechos adquiridos y recuperando las plantas de personal en las Empresas Sociales del Estado. En ese sentido, las instituciones públicas, privadas y mixtas del sistema, destinarán y garantizarán los recursos y el tiempo de trabajo utilizado en la actualización y educación continua de los trabajadores de la salud.

El nuevo Sistema garantizará a los trabajadores de la salud el disfrute de condiciones laborales justas, dignas y estables, y respetará sus derechos adquiridos (artículo 18 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015). Para ello, se desarrolló dentro del Proyecto de Ley en sus artículos 75 y 76 para los trabajadores del sector público, el artículo 131 para el sector privado y como régimen especial para trabajadores de la salud se tendrá el capítulo XVI, que se encuentran cobijados por el Código Sustantivo del Trabajo en su capítulo iv y las recomendaciones de la OIT en la materia. Cada año se hará una evaluación de la percepción de personal en salud frente a los resultados del sistema de salud, en especial sobre las condiciones laborales, para evaluar constantemente el sistema de salud y la política laboral del sistema de salud como su cumplimiento.

P. Capítulo XVI. Autonomía Profesional y autorregulación

Desde el ejercicio de la Autonomía Profesional, las organizaciones científicas, académicas y gremiales de las distintas profesiones y disciplinas de la salud desarrollarán mecanismos de autorregulación para la prescripción de medicamentos y tecnologías de salud, conforme lo establecido en los artículos 16 y 17 de la ley estatutaria. Por eso, en este capítulo se ha buscado generar herramientas adicionales concordantes con el sentido mismo de la Ley 1751 de 2015, desde el artículo 136 y 137 del presente proyecto de ley, donde se establece la definición de acto médico, discrepancias diagnósticas o terapéuticas y limitaciones para la prestación médica. Para comenzar, no debe quedar duda alguna que el acto médico es el procedimiento que realizan el médico, el equipo de trabajo de la salud y el paciente, mediante la autonomía, libertad, responsabilidad y autorregulación del médico y respe-

tando la misma autonomía del paciente y su familia en dado caso. Así mismo el médico tratante como la institución prestadora de salud siempre buscará prestar garantías al paciente y su familia, frente a la información entregada sobre el real estado del paciente y su progreso, la posibilidad de contar con un segundo concepto ir a junta médica, así mismo, el médico también podrá acudir a ella cuando exista duda alguna del procedimiento o acto médico a realizar y será por mutuo acuerdo, conforme a la necesidad del paciente y las recomendaciones del médico, el seguimiento que se realice sobre el estado de salud del paciente.

Cuando existan discrepancias diagnósticas o terapéuticas se podrá acudir a la junta médica de la IPS o de la Red a la cual pertenezca el paciente y el prestador, para dirimir el conflicto o las diferencias alrededor de lo mejor que se le puede ofrecer al paciente y su familia. Por último, los médicos no podrán prestar servicios de salud a su familia como el cónyuge, parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil. Solo podrá prestarlo en caso de emergencia y no haya nadie más a quien acudir, como cuando en su localidad o con suficiente cercanía no haya otro médico tratante.

Q. Capítulo XVII. Régimen disciplinario y sancionatorio

La Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014 caracteriza el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo, y comprende los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Señala que el Estado tiene el deber de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Y advierte que la prestación de este servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado[56].

La violación permanente del derecho a la salud en Colombia, evidente con el incesante uso del poder judicial,[57] para buscar que se tutele el goce efectivo del mismo, hace necesario que se incluyan medidas de control que reduzcan, combatan y mitiguen todas aquellas prácticas que pongan en riesgo el derecho a la salud de los colombianos en los términos que señala la Corte. La vulneración de dicho derecho fundamental se ha venido reflejando en una deficiente prestación de los servicios tanto de promoción de la salud, como de prevención y atención de las enfermedades a través de prácticas tales como las negaciones, el incumplimiento de fallos judiciales, el retraso y obstaculización de los servicios que comprenden el citado derecho fundamental.

En consecuencia, estas medidas de control se hacen necesarias toda vez que el Estado debe garantizar el goce efectivo del derecho a la salud a aquellos sujetos de especial protección como lo son niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

Las citadas conductas y todas aquellas que pongan en riesgo el derecho a la salud, deben estar sujetas tanto al régimen disciplinario y sancionatorio, así como al derecho penal, toda vez se afecta un derecho fundamental de especial protección por parte del Estado. De igual manera debe darse traslado de dichas faltas a la Contraloría General de la República y a los Tribunales de Ética del Talento Humano en Salud.[58]

La sentencia C-313/14 señala frente a la aceptabilidad del servicio de salud:

56 Sentencia C-313 del veintinueve (29) de mayo de dos mil catorce. Magistrado Ponente Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, por medio de la cual se realizó el control de constitucionalidad de los proyectos de ley estatutaria en salud. (https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm)

57 Defensoría del Pueblo. 2016, Cada 3.5 minutos se presenta una tutela por la salud. Ver en: Redacción El Tiempo. 25 de diciembre de 2016, EL TIEMPO: (https://www.defensoria.gov.co/es/nube/enlosmedios/5911/Cada-35-minutos-se-presenta-una-tutela-por-la-salud.htm)

58 Sentencia C 313/14. Numeral 5.2.5.3.4. Literal d): "En lo concerniente al literal d) del artículo en revisión, advierte la Sala que no cabe reparo a la adopción de mecanismos que conduzcan a evitar la violación del derecho y comporten la imposición de sanciones por tal transgresión. Las vías que conduzcan al goce efectivo del derecho e, impongan castigos a quienes en contravía del ordenamiento constitucional vulneren el derecho fundamental a la salud, se entienden como una expresión al servicio del titular del derecho frente al actor que desatendiendo el ordenamiento jurídico niega, obstaculiza, dilata o presta deficientemente el servicio. Resalta la Sala Plena, como importante en la disposición revisada, la obligación de establecer las condignas sanciones por el quebrantamiento del derecho, pues, estima la Corte que se trata de modos de asegurar el derecho, cual es la filosofía que inspira la regulación mirada en su conjunto".

Este enunciado consagra el derecho a recibir un trato digno que respete las creencias y costumbres, así como las opiniones sobre los procedimientos. Para la Sala, dicho derecho se aviene con el contenido fijado a la aceptabilidad en la observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. También resulta congruente con lo preceptuado en el numeral 1.5 y 5.1 de la Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, y con lo establecido en el principio 10 literal a) y el principio 11 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente. Para la Corte, este deber compromete no solo a los médicos, sino a todos los profesionales de la salud (enfermeras, auxiliares) y, en general, a aquellos que interactúen con los pacientes, cual es el caso de los funcionarios administrativos y el personal de seguridad, a cuyo cargo está alguna actividad de atención al paciente, quien finalmente es el afectado por los factores varias veces mencionados, como lo son el mismo padecimiento, la falta de información y la circunstancia dependencia respecto de aquel que debe suministrarle el servicio. Ninguna duda cabe que este derecho requiere para su mejor fortuna de campañas de formación y sensibilización dirigidas a los arriba mencionados, con el acompañamiento de las medidas de rigor frente al quebrantamiento del derecho.

Así las cosas, es importante resaltar que la Corte señala como responsables de la garantía del derecho no solamente al personal médico sino a todos aquellos que interactúan con el paciente como de las instituciones y sus políticas, es por esto, que se ha considerado introducir adiciones al Código General Disciplinario, Ley 1952 de 2019 y al Código Penal, como de trasladar la información a Tribunales de Ética Médica y otros tribunales de trabajadores de la salud, en caso de encontrar mala conducta, que pueda y deba ser investigada por el actor competente.

El proyecto de ley de Reforma al Sistema de Salud adiciona al Código Disciplinario algunos incisos al capítulo correspondiente al régimen de los particulares en los artículos que se refieren a normas aplicables y sujetos disciplinables y las inhabilidades, incompatibilidades y conflicto de intereses.

Así mismo adiciona un tipo penal referente a delitos contra la Salud para quien dilate, niegue u obstaculice el acceso a servicios de salud, cuando se trate de atención de urgencia, bajo condiciones que tipifican el sujeto y la calificación de la conducta y, finalmente señala las circunstancias de agravación punitiva, cuando la conducta se cometa en sujetos de especial protección como son: i. niños, niñas y adolescentes[59], mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad; entre otros aspectos.

En la reforma que se propone, las citadas conductas y todas aquellas que pongan en riesgo el derecho a la salud, deben estar sujetas tanto al régimen disciplinario y sancionatorio, como al derecho penal, toda vez se afecta un derecho fundamental de especial protección por parte del Estado.

Estos artículos se establecen en desarrollo del mandato del parágrafo del artículo 14 de la Ley Estatutaria en Salud que establece: “En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma.”

R. Capítulo XVIII. Disposiciones finales, transitorias t de evolución del Sistema de Salud

Para terminar, con el objetivo de ser un proyecto garantista, que cumple con los requisitos y necesidades de toda la población colombiana, la transición y evolución está centrada en la garantía del derecho a la salud donde el cuidado de la vida digna, de la salud de cada persona, familia, el hogar y la comunidad sea el centro de ella. Este capítulo tratará sobre la consulta previa con las comunidades indígenas, con el fin de consultarles los cambios y la reorganización del sistema que afecte directamente a las comunidades. Para ello el proyecto confiere facultades extraordinarias al presidente de la República por un período de seis (6) meses para que mediante un proceso de consulta previa con las autoridades tradicionales de los

59 Sentencia C 313/14. Interés superior del menor-Características “El interés superior del menor, se caracteriza por ser: (1) real, en cuanto se relaciona con las particulares necesidades del menor y con sus especiales aptitudes físicas y sicológicas; (2) independiente del criterio arbitrario de los demás y, por tanto, su existencia y protección no dependen de la voluntad o capricho de los padres, en tanto se trata de intereses jurídicamente autónomos; (3) un concepto relacional, pues la garantía de su protección se predica frente a la existencia de intereses en conflicto cuyo ejercicio de ponderación debe ser guiado por la protección de los derechos del menor; (4) la garantía de un interés jurídico supremo consistente en el desarrollo integral y sano de la personalidad del menor”.

pueblos indígenas se establezca el modelo intercultural de salud que se implementará en las comunidades indígenas. Así mismo, se deja por fuera los regímenes exceptuados y especiales del sistema de seguridad social en salud, ya que seguirán operando sus regímenes especiales.

Los servicios de medicina prepagada y seguros privados seguirán funcionando conforme a las normas que los rigen, los afiliados no tendrán prelación alguna frente al sistema de salud y los derechos que adquieren, en cumplimiento del principio de igualdad.

Se establece la transición y evolución correspondiente para las Empresas Sociales del Estado en Salud hacia Instituciones de Salud Estatales, donde se destaca que se regirá de manera inmediata los regímenes jurídicos, como las causales para ser removido el director del presente proyecto de ley, en su capítulo VI. Para lo demás, se definen tiempos y reglas para la transición:

El régimen de transición del sistema de seguridad social en salud hacia el nuevo sistema de salud se hará en forma progresiva y sin generar traumatismo alguno a las personas. En la parte IV de este documento se hace una explicación detallada del régimen de transición y evolución.

Para finalizar, la transición contará con facultades extraordinarias para el gobierno nacional por 6 meses desde el momento de entrada de vigencia de la presente ley:

1. Expedir las disposiciones laborales necesarias, tanto para el sector privado como público.
2. Dictar las disposiciones laborales de los servidores públicos del sector salud. Entre dichas disposiciones se deben encontrar las necesarias para el nombramiento de los directores de las ISE.
3. Reorganizar las instituciones de salud de orden nacional, ya sea por norma orgánica, entre otras acciones, con el fin de implementar la presente ley.
4. Modificar y complementar las normas de salud pública.
5. Dictar las disposiciones de reserva de ley y que garanticen un proceso de transición progresivo y ordenado, garante del derecho fundamental a la salud.

Por último, se derogan todas las disposiciones que sean contrarias a la presente ley, en especial, el libro segundo y los artículos pertinentes de libro tercero de la Ley 100 de 1993 y las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Salvo los artículos que explícitamente no hayan sido derogados, como el Decreto 1295 de 1994 y los aspectos que le sean contrarios de la Ley 1562 de 2012.

Para efectos de contar con una seguridad jurídica plena, los artículos que modifican destinación de recursos del Sistema General de Participaciones, exigirán votación calificada, por entenderse como disposiciones de carácter orgánico. Es de advertir que estas disposiciones no afectan la distribución de competencias y recursos.

IV. ECONOMIA DE LA REFORMA, RÉGIMEN DE TRANSICIÓN Y EVOLUCIÓN

A partir del articulado del proyecto de ley se requiere hacer dos precisiones. De una parte, considerar la sostenibilidad del Sistema de Salud que se adopta. Para abordar la sostenibilidad financiera del Sistema se efectuaron las simulaciones y proyecciones financieras respectivas.

Sin embargo, un nuevo Sistema de Salud que construye sobre lo construido *hereda* desde el punto de vista financiero y con probable impacto fiscal, un conjunto de problemáticas asociadas a los desbalances que se vienen generando a la fecha. Por tal motivo, se efectúa un análisis riguroso de las condiciones de partida del proceso de reforma, en especial subrayando la evolución de los principales indicadores de las EPS en el periodo 2018-2032, las deudas que se han venido generando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, evaluando los riesgos de sostenibilidad del mismo, el impacto en la gestión de riesgo en salud y el tamaño de las poblaciones asociadas a riesgo de desprotección bajo las actuales reglas del SGSSS, e identificando el deterioro progresivo de indicadores de permanencia de las EPS (Ver anexo 3. "La Reforma al Sistema de Salud: un desafío de todos").

En este panorama se subrayan los grupos de riesgo en que se clasifican las EPS y sus impactos asociados en términos de deudas que son liquidadas al sistema por ser insolutas, así como las deudas acumuladas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, haciendo especial inflexión en las de naturaleza pública (ESE) a corte de septiembre de 2022. La tendencia al deterioro de la cartera y los pasivos de instituciones prestadoras de servicios de salud es creciente y afecta a las ESE, así como a los prestadores privados y mixtos, alcanzando cifras significativas.

De esta forma se puede concluir que existen dos escenarios financieros. Uno que corresponde a la situación actual del SGSSS que está evidenciando profundas problemáticas de un sector de EPS a la vez que de los prestadores de servicios de salud públicos, mixtos y privados. Situación de crisis que la propuesta de reforma no puede desconocer y que debe considerar como parte del análisis de la transición del Sistema actual al Sistema de Salud que se propone regular el Proyecto de Ley.

El segundo escenario es el de la sostenibilidad del nuevo Sistema de Salud. A su vez, deben diferenciarse dos aspectos. Algunos de los costos de la nueva reforma deberían asumirse necesariamente, como parte de la política gubernamental y de las necesidades de salud de la población. Ejemplo de ello es aplicar recursos de inversión en hospitales públicos, dado el nivel de 1,7 camas por 1000 habitantes (Ferrari, 2023), o realizar la laboralización y formalización de contratistas que ejercen funciones permanentes y misionales en las instituciones de salud del Estado como parte del mandato de la Ley Estatutaria de la Salud y del Plan de Desarrollo del actual Gobierno y en cumplimiento de mandatos jurisprudenciales y legales. Igualmente será necesario fortalecer la Nueva EPS con recursos de capital para que pueda amortiguar los impactos de la población que queda sin protección a partir de la eventual liquidación de EPS que pueden liberar una población que oscila entre 7,5 y 11,5 millones de personas. Algo parecido puede afirmarse del fortalecimiento del Talento Humano en Salud en desarrollo de competencias laborales. En este último caso el Plan Nacional de Desarrollo "Colombia potencia de la Vida", prevé en su artículo 78 el marco jurídico para enfrentar las necesidades de capitalización de la Nueva EPS, lo cual, en rigor, por ende, no debe entenderse como atribuible a la reforma.

El segundo aspecto es lo estrictamente atribuible a la reforma. Ello corresponde al Modelo de Atención que propone basada en el primer nivel de atención en salud, en particular en la estructuración de los Centros de Atención Primaria en Salud, así como en la adecuación institucional, principalmente de la Administradora de Recursos para Salud ADRES.

Algunas líneas son grises, en cuanto tocan con la reforma o con un escenario sin reforma, como lo pueden ser el Sistema Único de Información en Salud, que en cualquiera de los dos escenarios es imprescindible desarrollar.

Bajo estas condiciones se ha realizado un estudio económico que forma parte integrante de la exposición de motivos y se anexa a la misma, titulado "La Reforma al Sistema de Salud: un desafío de todos" (Anexo 3).

En este documento, se analiza la línea de base actual, para proceder a analizar los costos implicados en el Sistema de Salud que propone el proyecto de ley, hechos los escenarios y salvedades ya realizadas. Se encuentra, por tanto, el estado actual y los costos de los trabajadores en el sector y formalización del Talento Humano en Salud, el costo asociado al Plan Nacional de Formación de Talento Humano en Salud, las estrategias para la asignación de los recursos: en términos de control de costos, mecanismos anticorrupción e incentivos; la inversión que exige el Sistema Único de Información en Salud; los costos de desconcentración de la ADRES; los costos asociados al modelo de atención primaria en salud, por sus diversos conceptos. Finalmente, se efectúan las proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma, el saneamiento de deudas y la capitalización proyectada para la Nueva EPS.

Uno de los aspectos claves desde el punto de vista de seguridad, control de riesgo de las personas, garantía de la atención en salud, se relaciona con la manera como se hará sostenible la transición y cuales son sus principios orientadores. Por ende, a continuación, se definen los elementos fundamentales del plan de transición cuyo objetivo es garantizar la continuidad de la atención de las personas asegurando un flujo adecuado de recursos a los prestadores de servicios de salud:

1) Elementos y principios orientadores de la transición

2) Ejes de la transición: rectoría y gobernanza, administrativo, prestación de servicios, participación vinculante y normativo

3) Estimación de costos de la reforma

4) Gestión del Plan de Transición

1) Elementos y Principios orientadores para la Transición del Sistema de Salud

El proceso de transición ha definido como elementos y principios orientadores los contenidos en el artículo 6 de la ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Para la primera etapa de la transición se han priorizado los que se encuentran subrayados en el listado definido por la ley estatutaria y que se describen a continuación:

- **Elementos**:

  Accesibilidad, Disponibilidad, Aceptabilidad, Calidad e idoneidad profesional

- **Principios**:

  Universalidad, **Equidad**, **Continuidad**, **Oportunidad**, **Progresividad del derecho,** Pro homine, Prevalencia de derechos, Libre elección, Sostenibilidad, Solidaridad, Eficiencia, Interculturalidad, Protección a los pueblos indígenas, Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

Estos elementos y principios orientarán las dimensiones fundamentales del proceso de transición que se describen a continuación:

Garantía y continuidad del derecho fundamental a la salud. El proceso de transición se construye sobre el avance y reconocimiento de los aspectos positivos obtenidos por el sistema General de Seguridad Social en Salud en

los últimos treinta años, donde se elabora el enfoque del derecho fundamental a la salud como pilar de la prestación del servicio público esencial de la salud.

El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. El principio de interpretación y fundamento de la transición es que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutivos de Salud bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, a fin de garantizar sin interrupción alguna la prestación del servicio público esencial de salud y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

De esta forma, la primera garantía de protección en la transición y más allá, se dirigirá a los pacientes en estado crítico, a los que se encuentren en cuidados permanentes, en tratamientos de enfermedades que no puedan ser interrumpidos o cuya interrupción sea riesgosa, garantizando que continúen con sus prestadores de servicios de salud y el suministro de medicamentos, sin límite de tiempo, mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud y sin que ello conlleve riesgo alguno.

En general para todas las personas, cada aspecto de la transición está planificado para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En particular, durante la transición se observarán los siguientes criterios: 1) El proceso de transición será gradual, dimensionando la escala de operación del nuevo Sistema de Salud dado que exigirá la creación de nuevas condiciones técnicas, institucionales y financieras. 2) El proceso de transición exige los aprestamientos para que los Administradores de Planes de Beneficios dispongan de las bases de datos e información requeridos por el nuevo Sistema de Salud y se garantice la entrega de la misma. 3) Las redes de prestación de servicios de salud que prestan servicios en cada territorio, se planifican y articulan progresivamente al nuevo Sistema de Salud.

Coexistencia transitoria de las EPS con el nuevo Sistema de Salud. Una vez se expida la Ley del nuevo Sistema de Salud, no habrá autorización de ingreso al Sistema de Salud de nuevas EPS. Van a coexistir las EPS que mantengan el cumplimiento de los requisitos exigidos y que se encuentren en el mercado a la fecha de expedición de la Ley contentiva de la reforma, y el nuevo Sistema, por el tiempo que sea necesario para garantizar la atención de los usuarios.

Se adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios para avanzar en el proceso de armonización de su operación con la territorialización que prevé el nuevo Sistema de Salud.

Los siguientes criterios contribuirán a que se armonice la actuación de las EPS con el nuevo Sistema de Salud:

- Para un mismo hogar todos los miembros deberán estar afiliados en una misma EPS.
- En los territorios donde haya una sola EPS esta asumirá el aseguramiento de la población en el mismo
- En los territorios donde no haya EPS, la Nueva EPS, asumirá el aseguramiento. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS podrá asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados. Igualmente, en forma subsidiaria lo podrán hacer las demás EPS con capacidad de hacerlo. La Nueva EPS gradualmente, contratará y adscribirá esa población a los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud -CAPIRS, en las subregiones o municipios priorizados para la implementación del nuevo Sistema de Salud.

De esta forma, podrán coexistir las EPS y el nuevo Sistema de Salud, en los diferentes departamentos, lo cual implicará la generación de reglas de funcionamiento que se prevean, con el fin de alienar los incentivos y objetivos con el nuevo Sistema de Salud. Esto implicará la adopción de nuevas regulaciones, entre las cuales se subraya, que ninguna EPS que cumpla los requisitos podrá abandonar los afiliados y el servicio de salud que en todo caso funcionará bajo las reglas del SGSSS hasta cuando sea necesario, hasta que no se haga una entrega ordenada de los afiliados al nuevo modelo; los pagos a los

proveedores de servicios de salud deberán ser regulares; la inspección, vigilancia y control tendrá unas reglas específicas para garantizar las condiciones esenciales del servicio público esencial a la salud; habrán incentivos precisos para que en la transición las EPS converjan hacia los fines del modelo de atención en salud que propugna el nuevo Sistema de Salud.

Se prevé un enfoque de transición, pero también de evolución, basado en la idea central de que las EPS transformen una o varias de sus áreas de negocio, en las cuales puedan tener oportunidad de vender servicios al nuevo Sistema de Salud. Las clínicas, hospitales y Centros de Atención Básicos de las EPS que tienen integración vertical, se escindirán conforme a la reglamentación que sobre el particular adopte el Ministerio de Salud y Protección Social, en el proceso de evolución previsto en la marcha hacia el nuevo Sistema de Salud.

Durante el proceso de evolución, se pondrá en evidencia las bondades frente a los usuarios, sus costos, su administración y gestión, tanto de las reglas del anterior SGSSS como del nuevo Sistema de Salud.

Cobertura para poblaciones sin afiliación en la transición. Entre los aproximados arriba de diez (10) millones de afiliados que están cubiertos por las EPS en alto riesgo o en mediano riesgo, según los indicadores financieros exigidos legalmente (Ver documento anexo: "La Reforma al Sistema de Salud: un desafío de todos"), cuyas eventuales tendencias pueden ser las de su liquidación por su inviabilidad financiera, serán reasignados en primera instancia a la Nueva EPS (la cual tendrá que ser capitalizada por cuanto es la opción más viable) o a las EPS que en la Región respectiva estén en capacidad de afiliarlos y de asegurarlos, observando las reglas ya mencionadas

La Nueva EPS va a facilitar la implementación del nuevo Sistema de Salud en forma paralela y complementaria a la creación y organización de los CAPIRS, sin perjuicio, como se ha dicho de otras EPS que concurran. Va a convertirse en un vehículo esencial para cubrir los riesgos de la garantía del derecho fundamental a la salud y su goce efectivo, de la población territorializada descubierta de las EPS liquidadas o cuando no exista en cualquier caso cobertura de protección y de los CAPIRS aún en proceso de configuración.

Desarrollo paralelo y progresivo del nuevo Sistema de Salud. Las EPS que a la fecha de vigencia de la Ley no estén en proceso de liquidación, acordarán con base en las disposiciones que al efecto se establezcan, las reglas para la entrega de la población afiliada al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de forma que, en ningún caso, esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

Los CAPIRS, la organización de las redes integradas e integrales con la activa planificación de las mismas por parte de las direcciones seccionales de salud, así como los procesos de readecuación institucional exigidos por la reforma, se estructurarán con arreglo a un plan por etapas, de manera ordenada.

Conforme a este Plan de implementación progresiva, que abordará la mayor parte de los municipios del país y algunos pilotos en ciudades intermedias y grandes, y que focalizará también en los departamentos de Chocó, Guajira, y los departamentos de los antiguos territorios nacionales, en la medida en que se vayan instalando los CAPS, se hayan planificado y previsto las redes integradas e integrales y se haya dispuesto el Sistema pertinente de información que soporte la operación, y en las adecuaciones institucionales previstas en la Ley, se procederá a trasladare los afiliados de las EPS al nuevo modelo.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES, o las entidades territoriales, según corresponda, cuando no deseen transitar a la prestación de servicios de salud la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

La Administradora de Recursos de Salud ADRES, está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud.

Venta de cartera. El anterior Plan de Desarrollo había autorizado la venta de la cartera en cobro coactivo de las entidades territoriales al colector de activos de la Nación, Central de Inversiones (CISA), la adición del artículo introducida en el régimen de transición, faculta: i) no solo la venta, sino la entrega en administración de la cartera a CISA, ii) que estas operaciones además de las entidades territoriales, las puedan hacer las ISE (entidades descentralizadas) y iii) que estas operaciones de venta o administración pueden recaer en cartera corriente (operaciones de compra de cartera) y también de cartera vencida que se encuentra en cobro coactivo. Lo importante para el sector es que se incluye a las ISE (entidades descentralizadas para que acudan a estas operaciones de compra y administración de cartera como instrumento de liquidez.

2) Ejes de la Transición del Sistema de Salud

2.1 Eje de Rectoría y Gobernanza

- **Nivel Nacional**
  - Fortalecimiento del Ministerio de Salud y Protección Social para la transición
  - Creación de la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales en Salud
  - Creación del Consejo Nacional de Salud
  - Fortalecimiento y desconcentración de la ADRES
  - Creación del Fondo Único Público de Salud
- **Nivel Regional**
  - Creación de Consejos de Administración del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud
  - Creación del Consejo Regional de Planeación y Evaluación en Salud
  - Creación del Fondo Regional de Seguridad Social
- **Nivel Territorial**
  - Creación de las Comisiones Intersectoriales Departamentales, distritales y municipales de
  - Determinantes Sociales en Salud
  - Consolidación de los Consejos Territoriales de Salud
  - Creación del Consejo Territorial de Planeación y Evaluación en Salud
  - Creación de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden Departamental y Distrital
  - Fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria territorial como agente coadyuvante de la transición
  - Consolidación de los Fondos Territoriales de Salud

2.2 Eje Administrativo

- Adscripción territorial de las personas al nuevo aseguramiento social en salud y a las redes primarias de atención. Las EPS entregarán la población afiliada garantizando la información actualizada: caracterización de las personas, condiciones de salud, servicios prestados, tratamientos en curso y demás información sanitaria, clave para asegurar la continuidad de tratamientos médicos.

- Implementación del modelo de APS definido por el Ministerio de Salud a través de las redes primarias en las 91 subregiones del país de manera coordinada entre Ministerio de Salud, Secretarías de salud territoriales EPS, IPS.

- Traslado de la población de las EPS en proceso de liquidación a la Nueva EPS o subsidiariamente a otras EPS habilitadas.

- Transformación de Empresas Sociales del Estado en Instituciones de Salud del Estado, que incluye la formalización del talento humano

- Subrogación de contratos de redes de prestación de servicios de las EPS con la ADRES cuando el proceso de transición y evolución así lo exija

- Compra - Venta de infraestructura de servicios de las EPS que no transiten a la prestación de servicios de salud y que así lo acuerden voluntariamente

- Vinculación de talento humano de las EPS a los CAPIRS cuando voluntariamente así se acuerde
- Desconcentración de la ADRES
- Saneamiento de deudas

2.3 Eje de Prestación de Servicios

- Implementar el modelo de APS en las 91 subregiones del país de manera coordinada entre Ministerio de Salud y Protección Social, Secretarías de salud territoriales EPS, IPS.
- Poner en marcha los Equipos Básicos de Salud como forma de organización de la prestación servicios de salud en modalidad extramural - domiciliaria, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (Ver descripción anexo 1)
- Desarrollar plan de choque para capacitación del talento humano vinculado con los servicios de salud y articulación con los programas de formación del área de la salud en las regiones.
- Realizar acompañamiento para la transición que incorpore mecanismos de comunicación como centros de llamada entre otros, para todos los agentes del sistema.
- Intervenir mediante construcción, reposición, adecuación, ampliación, de 221 infraestructuras, ubicadas en comunidades priorizadas (Ruta fase de transición para garantizar la ejecución de los recursos asignados a infraestructura vigencia 2023)
- Priorizar los territorios según necesidades y capacidades para organizar y conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIIS), teniendo en cuenta el "Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios ofertada por hospitales públicos en Colombia (2022)[60]"
- Caracterizar y estimar las necesidades en salud de la población en los territorios priorizados
- Determinar la oferta de prestadores de servicios de salud presentes en los territorios priorizados
- Identificar las brechas entre la oferta y las necesidades en los territorios priorizados
- Establecer y ejecutar un plan para cierre de brechas en la atención en salud en los territorios priorizados iniciando con la puesta en marcha de los equipos multidisciplinarios y Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud como parte del Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo
- Establecer y poner en marcha el plan de desarrollo de los criterios determinantes de la RIIS donde se incluye Talento Humano en salud e historia clínica interoperable

2.4 Eje de Participación vinculante

- Consolidación y creación de mecanismos de participación ciudadana vinculante
- Establecer canales de contacto específicos que vinculen a las personas con las instancias territoriales que acompañan el proceso de transición

60 "Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios, ofertada por hospitales públicos en Colombia" de 2022. Elaborado por: Carlos Humberto Arango Bautista, Jorge Alberto Otero Alzate, Diana Rocío Chávez Bejarano, Claudia Isabel Muñoz. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/estudio-ofertaservicios-primarios-hospitales-publicos.pdf

- Mesas de trabajo, que garanticen la participación de la comunidad en el seguimiento del Plan de Transición, lideradas por la Entidad Territorial, con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud

2.5 Eje Normativo: referido a Reglamentación y lineamientos relacionados con

- Aprestamiento para el proceso de transición y evolución a la reforma; se reglamentarán y desarrollarán varios actos administrativos de la normatividad vigente: decreto 1599 de 2022 que define las áreas geográficas para la atención integral en salud, la conformación de redes integradas e integrales de servicios de salud. También se van a generar nuevas normas orientadas a preparar a la Nueva EPS y a las EPS que tienen vigilancia especial para el proceso de transición, en particular para las asignaciones futuras de las EPS en proceso de liquidación.
- Expedir normatividad según facultades extraordinarias otorgadas al presidente de la república
- Desconcentración de la ADRES
- Creación de las Unidades de Evaluación y Gestión Territorial
- Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIIS)
- Transformación de Empresas Sociales del Estado
- Subrogación de contratos de las EPS con la ADRES
- Compra - Venta de infraestructura de servicios de las EPS que no transiten a la prestación
- Saneamiento de deudas

3) Estimación de costos de la reforma

La reforma a la salud se financiará tomando como punto de partida los recursos destinados al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en 2023. Adicionalmente el gobierno nacional constituye un esfuerzo orientado a fortalecer la atención primaria y el fortalecimiento de la red hospitalaria pública. De esta forma, la proyección de las principales fuentes de financiación para el periodo 2024-2033 se realizó como se describe a continuación:

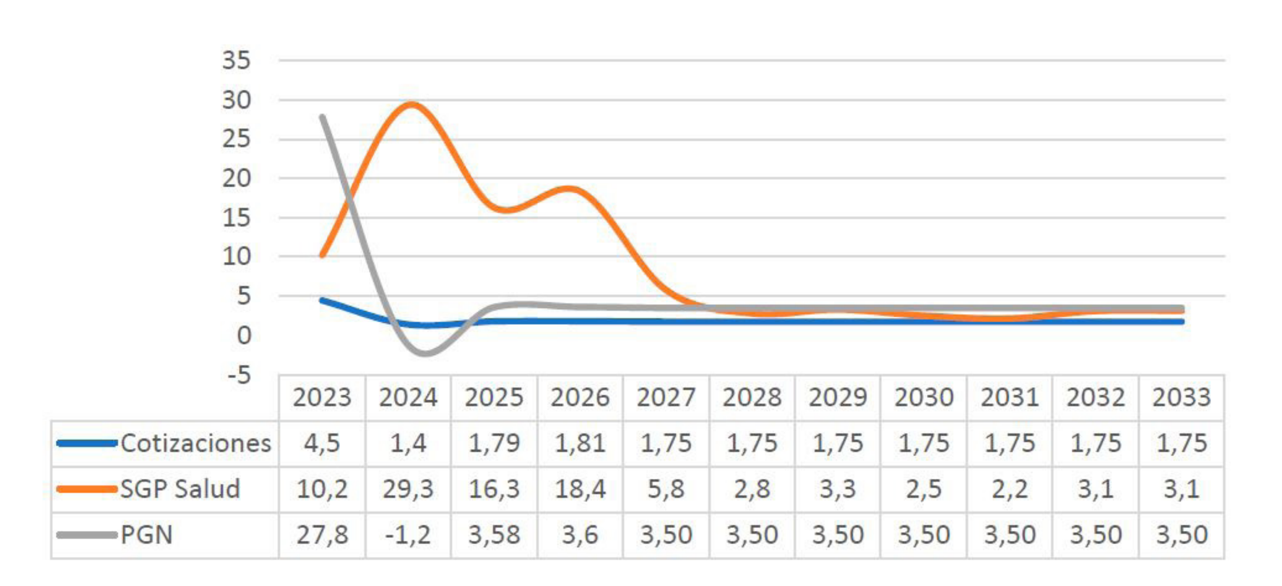
1) Presupuesto General de la Nación -PGN: desde la eliminación de las cotizaciones patronales y la puesta en marcha del CREE (Impuesto sobre la Renta para la Equidad), el PGN ha entrado a cubrir los costos del aseguramiento en salud y la tasa de crecimiento promedio 2017-2022 (sin 2020) ha sido de 11,1% real y 17,6% nominal. No obstante, la proyección de los recursos en salud para el primer año de entrada en vigencia de la reforma (2024) suponen un decrecimiento real de 1.2% y de 2025 en adelante un crecimiento cercano al crecimiento del Producto Interno Bruto -PIB. Si bien, esta variación representa una desaceleración del crecimiento observado los últimos años, permite un aumento importante de los recursos generales de la salud.

2) Sistema General de Participaciones -SGP: El crecimiento de los recursos del SGP se calcula con el promedio de la variación porcentual de los Ingresos Corrientes de la Nación -ICN recaudados de los últimos cuatro años[61]. Los crecimientos proyectados incluyen el efecto de un incremento excepcional de los ICN de 2022 y los de la reforma tributaria a partir de 2023. Las estimaciones del SGP fueron remitidas por la dirección de política macro del Ministerio de Hacienda y Crédito Público -MHCP.

3) Las cotizaciones de seguridad social en salud y las demás fuentes del SGSSS se proyectaron conservadoramente con la mitad de la variación del PIB para toda la serie.

61 En concordancia con el artículo 357 de la Constitución Política de Colombia.

La siguiente grafica muestra las tasas de crecimiento proyectadas para las tres principales fuentes del SGSSS que describen el comportamiento de más del 80% de los recursos del sistema.



	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Cotizaciones	4,5	1,4	1,79	1,81	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75
SGP Salud	10,2	29,3	16,3	18,4	5,8	2,8	3,3	2,5	2,2	3,1	3,1
PGN	27,8	-1,2	3,58	3,6	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50

Grafica 24: Tasa de crecimiento anual de las principales fuentes que financian el SGSSS. 2019 -2033
Fuentes citadas y cálculos propios.

El proyecto de ley define una asignación de las fuentes de financiación a las subcuentas propuestas así:

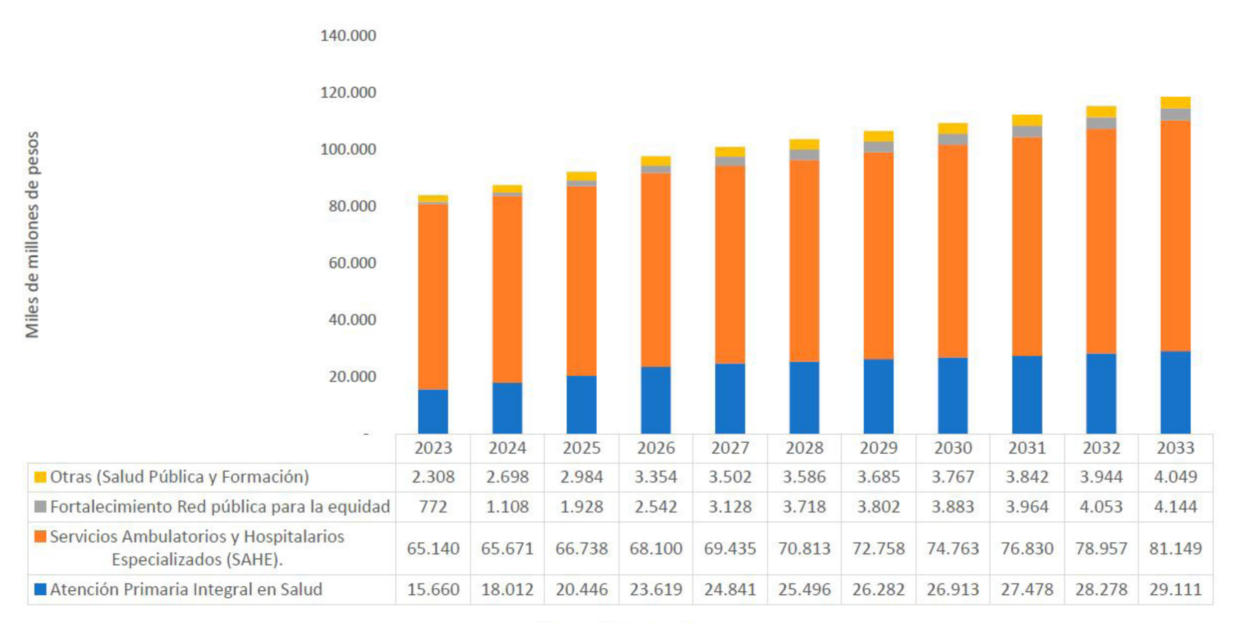
a) Atención Primaria Integral en Salud: este componente se financiará principalmente con recursos de los municipios y distritos, es decir los recursos que les correspondan del SGP y sus recursos propios; también incluirá fondos de solidaridad del sistema y el PGN complementará esta cuenta, de manera que la atención primaria incremente su participación en total de los recursos de salud.

b) Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados -SAHE: Esta es la cuenta con mayor participación porcentual, incluye las cotizaciones SGSSS, el recaudo de Regímenes Especiales y de Excepción -REE, otros ingresos de capital, prima FONSAT, contribución sobre la prima SOAT, Impuesto a las armas, municiones y explosivos, aportes de las Cajas de Compensación (CCF) y una fracción de los recursos del PGN.

c) Fortalecimiento Red pública para la equidad: esta cuenta paulatinamente devuelve a los departamentos las rentas cedidas que serán destinadas al fortalecimiento de la red hospitalaria pública de mediana y alta complejidad. Se complementan con recursos del PGN para garantizar el funcionamiento de aquellos hospitales que por la atención de poblaciones dispersas no pueden lograr por venta de servicios su financiamiento.

d) Otros Recursos de la SGSSS: reúne los recursos orientados al Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública -CEISP y la Formación en Salud que actualmente cubre los pagos a residentes médicos.

La siguiente gráfica muestra el comportamiento de los recursos del SGSSS en la distribución de las principales cuentas propuestas por la reforma.

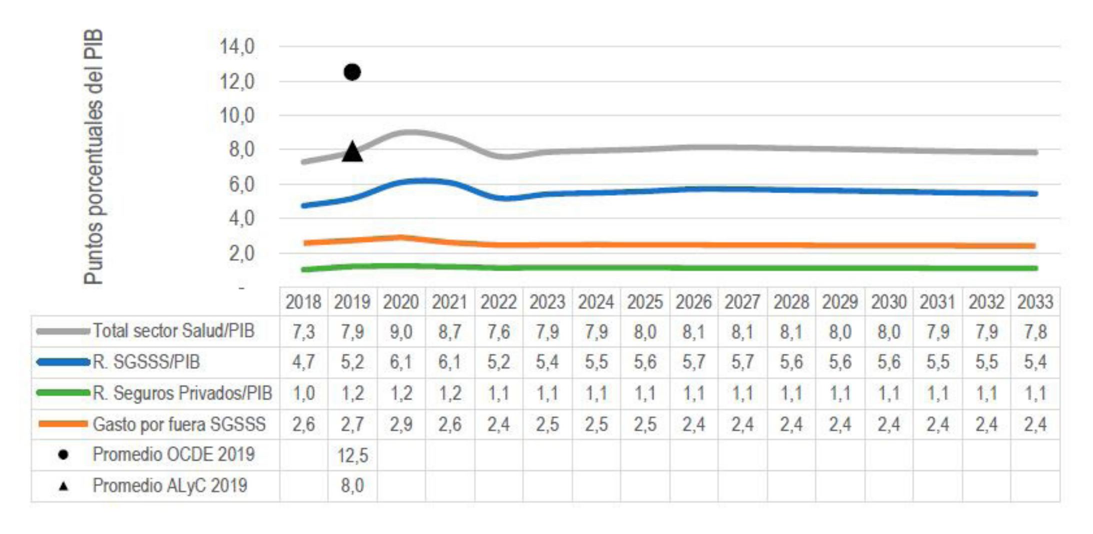


	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Otras (Salud Pública y Formación)	2.308	2.698	2.984	3.354	3.502	3.586	3.685	3.767	3.842	3.944	4.049
Fortalecimiento Red pública para la equidad	772	1.108	1.928	2.542	3.128	3.718	3.802	3.883	3.964	4.053	4.144
Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE).	65.140	65.671	66.738	68.100	69.435	70.813	72.758	74.763	76.830	78.957	81.149
Atención Primaria Integral en Salud	15.660	18.012	20.446	23.619	24.841	25.496	26.282	26.913	27.478	28.278	29.111

Gráfica 25: Proyecciones 2033 de las fuentes de financiación por subcuenta. Pesos constantes de 2023

Fuente: Cálculos propios.

Para el 2019, el promedio de gasto en salud de los países de la OCDE fue 12,5 puntos porcentuales del PIB y el de América Latina y el Caribe -ALyC es de 8,0%, las fuentes de financiamiento del SGSSS pasaron de 4,7 puntos del PIB en 2018 a 5,4 pp en 2023 (año de partida de la reforma) y ascenderían 5,7 en 2026, año de finalización del gobierno actual. El total del gasto en salud de Colombia como porcentaje del PIB tiene una tendencia estable alrededor de 8 puntos porcentuales.



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Total sector Salud/PIB	7,3	7,9	9,0	8,7	7,6	7,9	7,9	8,0	8,1	8,1	8,1	8,0	8,0	7,9	7,9	7,8
R. SGSSS/PIB	4,7	5,2	6,1	6,1	5,2	5,4	5,5	5,6	5,7	5,7	5,6	5,6	5,6	5,5	5,5	5,4
R. Seguros Privados/PIB	1,0	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Gasto por fuera SGSSS	2,6	2,7	2,9	2,6	2,4	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
Promedio OCDE 2019		12,5														
Promedio ALyC 2019		8,0														

Gráfica 26: Participación % de los recursos en Salud respecto al PIB 2018-2033

Nota: *Los recursos fuera del SGSSS incluyen SOAT, riesgos laborales, los seguros privados, prepagadas y planes complementarios.

Fuente: Cálculos propios. Promedios OCDE y América Latina y el Caribe -ALyC, Banco Mundial.

4) Gestión del Plan de Transición

Se conformará un equipo de alto nivel con personas designadas del Ministerio de Salud y Protección Social, expertos de la Organización Panamericana de la Salud y demás agencias cooperantes que se acuerde, contando con el apoyo de convenios inter - administrativos con Universidades de las regiones.

El trabajo de este equipo estará enfocado en la gobernanza de la transición y la gestión del cambio, para lo cual dispondrá de mecanismos como asistencia técnica, asesoría, transferencia tecnológica y capacitaciones. También desarrollará acciones estratégicas para promover la participación vinculante de las personas en cada territorio según lo establecido en el cuarto eje del presente plan.

El equipo diseñará y monitoreará un tablero de indicadores para seguimiento del plan de transición, que incluya un sistema de alertas tempranas que prevea la falta de continuidad en la atención o en el flujo de recursos y cualquier obstáculo que ponga en riesgo la ejecución de este plan.

V. BIBLIOGRAFÍA

Sentencia T-073 de 2012 M.P Jorge Iván Palacio Palacio.

Sentencia C-313 de 2014.

Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 “Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia” Título: Derechos sociales

Sentencia T-881 de 2002

Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. ¿por qué son importantes los sistemas de salud?

Sentencia T--748 de 2013. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub Sentencia T-320 de 2013. M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

Sentencia T-149 de 2002. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

Sentencia T-073 de 2012 M.P Jorge Iván Palacio Palacio.

Sentencia T-1018 de 2001

Sentencia SU-819 de 1999

Sentencia C-1026 de 2001, M. P. Eduardo Montealegre Lynett.

Sentencia T-401/94 M.P Eduardo Cifuentes Muñoz.

Sentencia C-313 de 2014

Doce Principios de la Asociación Médica Mundial sobre la Prestación de Atención Médica en cualquier Sistema Nacional de Atención Médica

Sentencia C-221/94 M.P. Carlos Gaviria Díaz.

Informe sobre la salud en el 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca

Sentencia T-595 de 2002,

Sentencia T-255 de 2001

Sentencia T-411 de 2000.

Sentencia T-177 de 1999

Sentencia T-149 de 2002

Sentencia SU-225 de 1998

Sentencia T-401 de 1992

Sentencia T-595 de 2002

Sentencia T-255 de 2001

Sentencia T-177 de 1999

Sentencia SU-225 de 1998

Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia

Diagnósticos utilizados según clasificación de Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: Analysis of mortality amenable to health care, presentado en el Informe 11 – INS, consultado en https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombi a2.pdf

Lista de causas potencialmente evitable en menores de 5 años, Rojas – Botero. Mayle et col, consultado en: https://www.scielo.br/j/csp/a/GLpnf4YbGFwBCkqz9cWcQ8D/abstract/?lang=es

Los datos del año 2021 son preliminares dentro de las reglas de verificación de la información que se realizan entre la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE. SISPRO para el año 2021

https://www.paho.org/es/campanas/dia-internacional-cancer-infantil-2021#:~:text=C%C3%A1ncer%20infantil%20en%20la%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%20y%20 en%20el%20mundo&text=-Se%20estima%20que%20el%20c%C3%A1ncer,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20C aribe.

https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer

Información tomada de la respuesta al derecho de petición presentado por la exrepresentante Angela Maria Robledo en el año 2014 a la Superintendencia de Salud.

Rodríguez-Páez FG, Marulanda Restrepo JA, Pineda Céspedes JH, Pineda Ospina HS, González Borrero JI. La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. Rev Gerenc Polit Salud. 2022; 21. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.ifep

Esping-Andersen, Gøsta (1993), Los tres mundos del Estado del bienestar, Valencia, Alfons el Magnanim.

La lucha por los derechos sociales, María José Añó (Universitat de València). Ver link: https://www.uv.es/cefd/6/anyon.htm Sentencia T-406 de 1992.

Sojo, Ana (2000), Reformas de gestión en Salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica, Santiago de Chile, División de Desarrollo Social CEPAL, Naciones Unidas.

Londoño, Juan Luis, Frenk, Julio, Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina, 1997, Banco Interamericano de Desarrollo.

Decreto Único 780 de 2016, artículo 1.1.1.1, conforme al artículo 156 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia.

Ley 100 de 1993.

Ley 1438 de 2011.

Informe de Implementación de la Ley Estatutaria de Salud de Colombia. Papeles en Salud. Edición No. 12, mayo de 2017, Bogotá, D.C.

Resoluciones 1328, 2158, 3951 y 5584 de 2016; 532 de 2017; 1885, 2438, 3055 y 5871 de 2018; 2966 de 2019 y 41656 de 2019 expedida por la ADRES; 094 de 2020 proferida por el Minsalud; y, 388, 2067, 2152, 2707, 3511 y 3512 de 2020 proferidas por la ADRES.

FIDUFOSYGA 2005-2009.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). Cifras financieras del sector salud. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/cifras-financieras-del-sector-salud%20-boletinnumero-11.pdf

Informe transversal de las acciones implementadas en el periodo 2018, a la fecha, para el acatamiento de las órdenes impartidas en el fallo estructural (Sentencia T-760 de 2008) y sus autos de seguimiento y valoración; presentado a la Corte Constitucional por el Ministerio de Salud y Protección Social el 27 de septiembre de 2022.

Decreto 2562 de 2012.

Sentencia T-073 de 2012 M.P Jorge Iván Palacio Palacio.

Funciones esenciales de salud pública - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org) Sentencia C-600A de 1995. MP Martínez Caballero, Alejandro.

Luis Jorge Garay S. & Jorge Enrique Espitia Z, 22 marzo, 2021, Revista Sur, La crisis económica y social en Colombia a propósito de la pandemia del covid-19, (https://www.sur.org.co/la-crisis-economica-y-social-en-colombia-a-proposito-de-lapandemia-del-covid-19/)

Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía (2016) Análisis de situación de Salud (ASIS) COLOMBIA, 2016.

Defensoría del Pueblo. 2016, Cada 3.5 minutos se presenta una tutela por la salud. Ver en: Redacción El Tiempo. 25 de diciembre de 2016, EL TIEMPO: (https://www.defensoria.gov.co/es/nube/enlosmedios/5911/Cada-35-minutos-sepresenta-una-tutela-por-la-salud.htm)

VI. ANEXOS

ANEXO 1

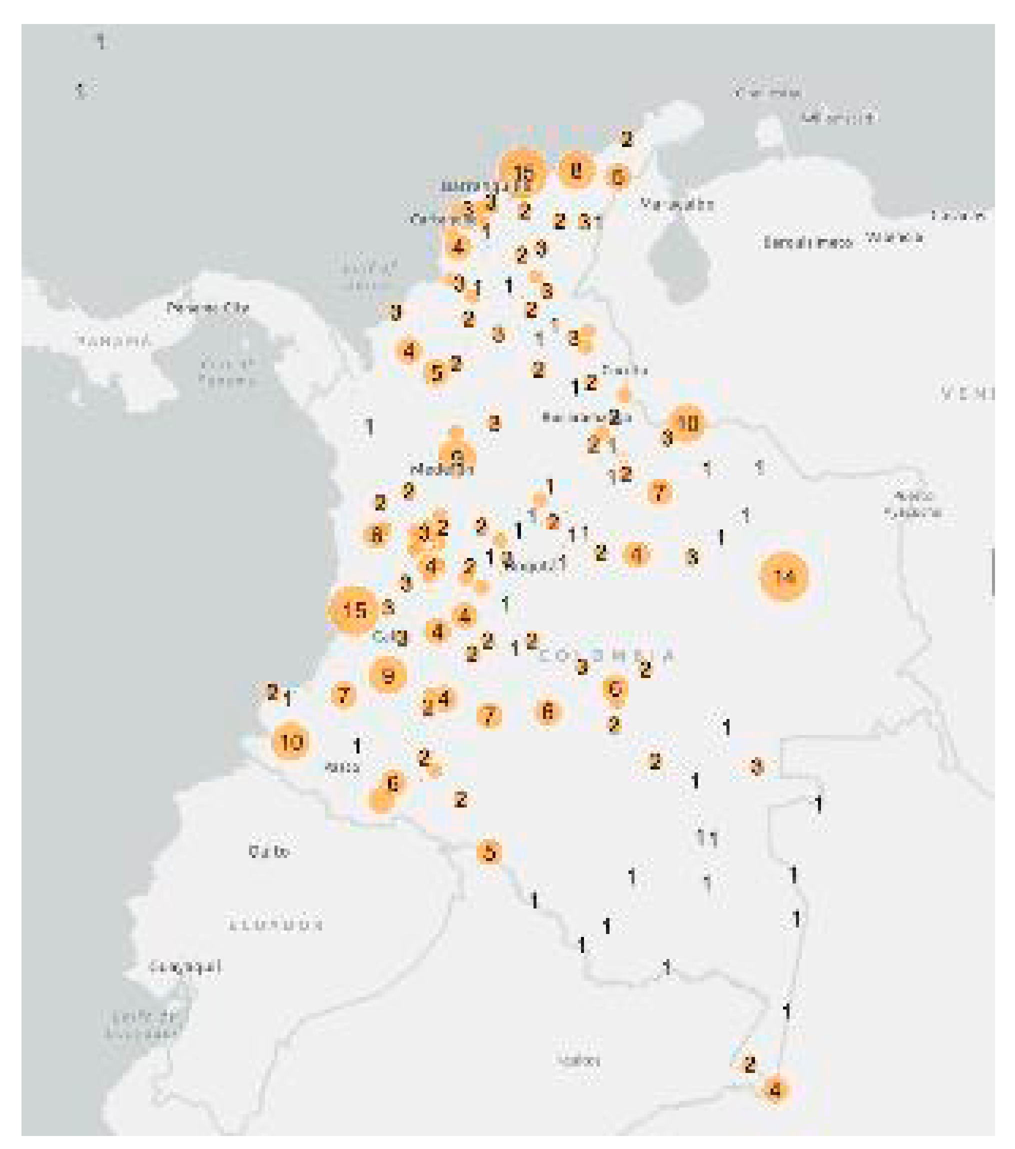
Equipos Básicos de Salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud

En aras de garantizar el derecho a la salud de la población residente en el territorio nacional, en condiciones de accesibilidad efectiva, integralidad y continuidad, el Ministerio de Salud y Protección Social prevé avanzar hacia un modelo de atención en salud preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud -APS- universal, territorial, sistemática y permanente centrada en las personas, familias y comunidades como sujetos de derecho.

Para lo anterior, se toma en consideración lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011 respecto a la adopción de la estrategia de atención primaria en salud y en el artículo 15 respecto a los Equipos Básicos de Salud *"como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud"*; así como lo establecido en la Ley 1751 de 2015 – Estatutaria de Salud con relación al acceso a los servicios de salud de forma oportuna, eficaz y con calidad a toda la población.

Es así como a finales del año 2022 se expidieron las Resoluciones 2206 y 2519 mediante las cuales se definieron criterios para la asignación de recursos para el apoyo en la conformación de Equipos Básicos de Salud y mediante la Resolución 2788 del mismo año se asignaron recursos a 163 Empresas Sociales del Estado para avanzar en la conformación y operación de dichos equipos en 206 municipios con el fin de fortalecer las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC en 31 departamentos y 3 distritos (Gráfica No. 1).

Estas últimas se financian en la actualidad con recursos del Sistema General de Participaciones – Salud pública, mediante asignación anual, que permite la ejecución de acciones de gestión de salud pública y promoción de la salud en los entornos comunitario, hogar, educativo e institucional, en el marco de la resolución 518 de 2015, la cual es ajustada durante el mes de Enero de 2023, en sus principales contenidos permitiendo así la contratación de equipos básicos de salud para la ejecución de actividades colectivas e individuales conjugando diversas fuentes de financiación como son los de la UPC el SGP y demás disponibles.



Gráfica No. 1. Municipio con EBS. Resolución 2788 del 2022

Departamentos y distritos	Equipos	Municipios	Financiación
34	**483**	**206**	**49.979.874.000**

Estos equipos, en el marco de las funciones consagradas en el artículo 16 de la Ley 1438 de 2011, desarrollan acciones de atención primaria en salud como : (i) la identificación del territorio y micro territorio como el espacio geográfico en el que operaran según: cobertura poblacional por familias, particularidades económicas, sociales, culturales o ambientales del territorio, oferta de servicios de salud, concurrencia con otros programas, posible receptibilidad de la atención de los equipos por la población, entre otras características; (ii) planificación de las intervenciones requeridas por las personas, familias y comunidades en el territorio y microterritorio, a partir del análisis de la información generada por la caracterización o del proceso de seguimiento a las familias u otra fuente externa; las rutas, medios de comunicación y vías de acceso de cada territorio, como guía para la movilidad y operación de los Equipos, así como para definir los procesos de referencia, contra-referencia y articulación con otras modalidades de prestación como la telemedicina; (iii) apoyo a las actividades del plan de intervenciones colectivas -PIC en el marco de la Resolución 2788 de 2022. En la gráfica No. 2., se ilustran algunas de las funciones de estos EBS.

Auxiliar de Enfermería

1. Caracterización.
2. Planes de acción.
3. Canalización, intervención y seguimiento a:
   - Menores de 5 años.
   - Gestantes.
   - Discapacitados.
   - Salud mental.
   - Crónicos.
   - Adultos mayores.
   - TBC y lepra.
4. Vigilancia SP.
5. Participación social.

Enfermera

1. Coordina equipo territorial.
2. Canaliza al sector.
3. Acciones de información y educación.
4. Acciones domiciliarias de P y P
5. Soporte en campo a Auxiliares.
6. Planes de acción.
7. Monitoreo y evaluación.
8. Notificación de EISP al SVSP.

Médico

1. Valoración del riesgo individual.
2. Detección de alteraciones.
3. Acciones domiciliarias de P y P.
4. Atención resolutiva.
5. Planes de acción.
6. Seguimiento:
   - Gestantes.
   - Recién nacidos.
   - DNA.
   - Pacientes crónicos.
   - EISP.

Psicólogo

1. Tamizajes.
2. Tamizajes especializados.
3. Información y educación.
4. Zonas de orientación.
5. Centros de escucha solutiva.
6. Atención resolutiva.
7. Planes de acción.
8. Seguimiento:
   - Ideación suicida.
   - Consumo de SPA.

Equipo Complementario

1. Acciones de P y P
2. Acciones de información y educación.
3. Acciones colectivas:
   - ZOCE.
   - Jornadas.
   - Tamizajes.
   - Vacunación del PAI.
   - Prevención y control de vectores.
   - Vacunación antirrábica.
   - Suministro de medicamentos e insumos.
   - Rehabilitación basada en comunidad.
   - Atención resolutiva.

Equipo en su conjunto

Remisión EPS. Abogacía.
Referencia a instituciones eje social.
Monitoreo evaluación de indicadores.
Conformación de redes sociales y comunitarias.
Contrarreferencia al territorio.
Seguimiento a gestión transectorial.
Coordinación de entornos.

Gráfica No. 2. Funciones de los equipos básicos de salud.

Ahora bien, teniendo en cuenta que los EBS son una forma de organización de la prestación servicios de salud en modalidad extramural - domiciliaria, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, se incluyó dentro de las disposiciones de la Resolución 2808 de 2022 *Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC),* lo siguiente:

> *"Artículo 115. Atención Primaria en Salud. Los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC se garantizarán de manera integrada e interdependiente con los demás componentes de la estrategia de Atención Primaria en Salud, incluidos los equipos básicos de salud territorial que hacen parte de la misma, avanzando hacia un modelo de atención en salud con enfoque preventivo. La articulación de los citados equipos se realizará con la participación de los actores institucionales y comunitarios.*
>
> *Para la integración de los equipos básicos de salud territorial se definirá de manera previa, y con la concertación que garantice la adecuada ejecución de los recursos de la UPC, las previsiones técnicas que deberán aplicarse, teniendo en cuenta las necesidades del territorio.*
>
> *Lo anterior será implementado de manera gradual y progresiva, iniciando por la población más pobre y vulnerable del país, según la caracterización socioeconómica que define el Departamento Nacional de Planeación -DNP, así como otros criterios pertinentes, de acuerdo con las recomendaciones generales que emita la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, garantizando la suficiencia de la UPC." (subrayado fuera del texto)*

Por lo anterior, este Ministerio continuará en el proceso de implementación progresiva de los equipos en mención, incluyendo su articulación como forma de prestación de las intervenciones individuales cubiertas por la UPC, así como de la Resolución 2809 de 2022 que fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación, la cual determina que a un total de 354 municipios y áreas no municipalizadas de departamentos se les reconozca prima adicional por zona especial de dispersión geográfica.

Para concluir, los EBS al convertirse en la puerta de entrada para que las personas, familias y comunidades tengan acceso a los servicios de salud, serán financiados con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación, en el caso de las intervenciones individuales y con recursos del Sistema General de Participaciones-Subcuenta de Salud Pública en el caso de las intervenciones colectivas.

ANEXO 2

Fase de transición para garantizar la ejecución de los recursos asignados a infraestructura en la vigencia 2023

CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – CAPS

Como resultado del análisis de la infraestructura necesaria para la implementación del modelo de atención primaria, se establece la necesidad de intervenir mediante construcción, reposición, adecuación, ampliación, de 2.500 infraestructuras, ubicadas en comunidades que carecen de estas instalaciones para la atención en salud o porque las construcciones existentes o se encuentran en notable estado de deterioro, o requieren de ampliación a fin de garantizar la prestación de servicios de acuerdo a las tipologías identificadas o se encuentran en zonas de riesgo no mitigable.

Con base en lo anterior, a partir de un proceso de transición al nuevo modelo y teniendo en cuenta la asignación de recursos prevista para la vigencia 2023, se programó para la presente vigencia la intervención de 221 infraestructuras, de las cuales:

- 69 proyectos, corresponden a centros de atención primaria y sedes satélites, que cuentan con recursos de financiación de la vigencia 2022, asignados en el mes de diciembre por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, donde el 90% obedecen a intervenciones de adecuaciones en sedes satélite.

- 10 proyectos cuentan con concepto de viabilidad, sustentado en los estudios y diseños presentados por los entes territoriales y las diferentes empresas sociales del estado.

- 142 proyectos se encuentran en fase de estructuración por parte de los entes territoriales y/o de las empresas sociales del estado, con el acompañamiento de los asesores de red y profesiones de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del MSPS.

Con el propósito de consolidar la información que posibilite la ejecución certera de las necesidades identificadas a través de la materialización de proyectos, se avanza en un trabajo de recolección de información primaria a través de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado y de los Secretarios de Salud Departamentales, a fin de precisar los servicios que se prestan actualmente en la infraestructura existente, su estado de conservación, las necesidades de ampliación o de adecuación, a partir de las dinámicas culturales propias y las particularidades geográficas, climáticas, etc, de la población a atender. De igual manera, se consulta la información secundaria disponible, relacionada con los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el Sistema de Información Hospitalaria de la Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primara (SIHO)

La ejecución de los proyectos en la vigencia 2023 comprende 2 momentos:

- La ejecución a través de los entes territoriales y Empresas Sociales del Estado, de los 69 proyectos que a la fecha cuentan con asignación de recursos

- La ejecución de 178 proyectos a través de una modalidad de contratación con un Aliado Estratégico que posibilite consolidar la estructuración de los proyectos, su ejecución, seguimiento, bajo los lineamientos establecidos por el MSPS en cuanto a las tipologías de CAPS, previstas en los modelos y criterios específicos de la región a atender.

No.	Tipología	Intervención	PROYECTOS EJECUCIÓN AÑO 2023					
			Asignación Recursos 2022		Asignación Recursos 2023		TOTAL	
			#	Valor	#	Valor	#	Valor
1	CAPS Principal Urbano	Reposición	2	$ 18.308	22	$ 250.475	24	$ 268.783
		Nuevos	0	$ -	14	$ 194.099	14	$ 194.099
		Ampliación	2	$ 6.073	1	$ 5.370	3	$ 11.442
		Adecuación	0	$ -	1	$ 4.278	1	$ 4.278
2	CAPS Urbano Ambulatorio	Reposición	1	$ 1.717	2	$ 13.760	3	$ 15.478
		Nuevos	0	$ -	9	$ 30.428	9	$ 30.428
		Ampliación	0	$ -	0	$ -	0	$ 0
		Adecuación	0	$ -	20	$ 32.074	20	$ 32.074
3	CAPS Principal Rural	Reposición	0	$ -	0	$ -	0	$ 0
		Nuevos	0	$ -	3	$ 34.390	3	$ 34.390
		Ampliación	0	$ -	0	$ -	0	$ 0
		Adecuación	0	$ -	0	$ -	0	$ 0
4	Sede Satélite Rural	Reposición	0	$ -	15	$ 41.180	15	$ 41.180
		Nuevos	1	$ 1.335	16	$ 19.399	17	$ 20.734
		Ampliación	0	$ -	0	$ -	0	$ 0
		Adecuación	63	$ 15.000	49	$ 34.300	112	$ 49.300
SUBTOTAL			69	**$ 42.433**	152	**$ 659.752**	221	**$ 702.185**

El seguimiento estará a cargo de la Subdirección de Infraestructura del MSPS. Para el desarrollo de esta modalidad, se prevé la realización de tres fases fundamentales (Gráfico 1):

- **Alistamiento o Inicio**: Comprende el posicionamiento de la propuesta ante entes territoriales y empresas sociales del estado, así como el ejercicio de coordinación interinstitucional que conlleve la celebración de acuerdos estratégicos de gestión que faciliten la dinámica para la ejecución de los proyectos, con participación comunitaria en el desarrollo de los mismos, orientado hacia la apropiación de las infraestructura intervenida y dotada, con miras a proporcionar elementos de sostenibilidad.

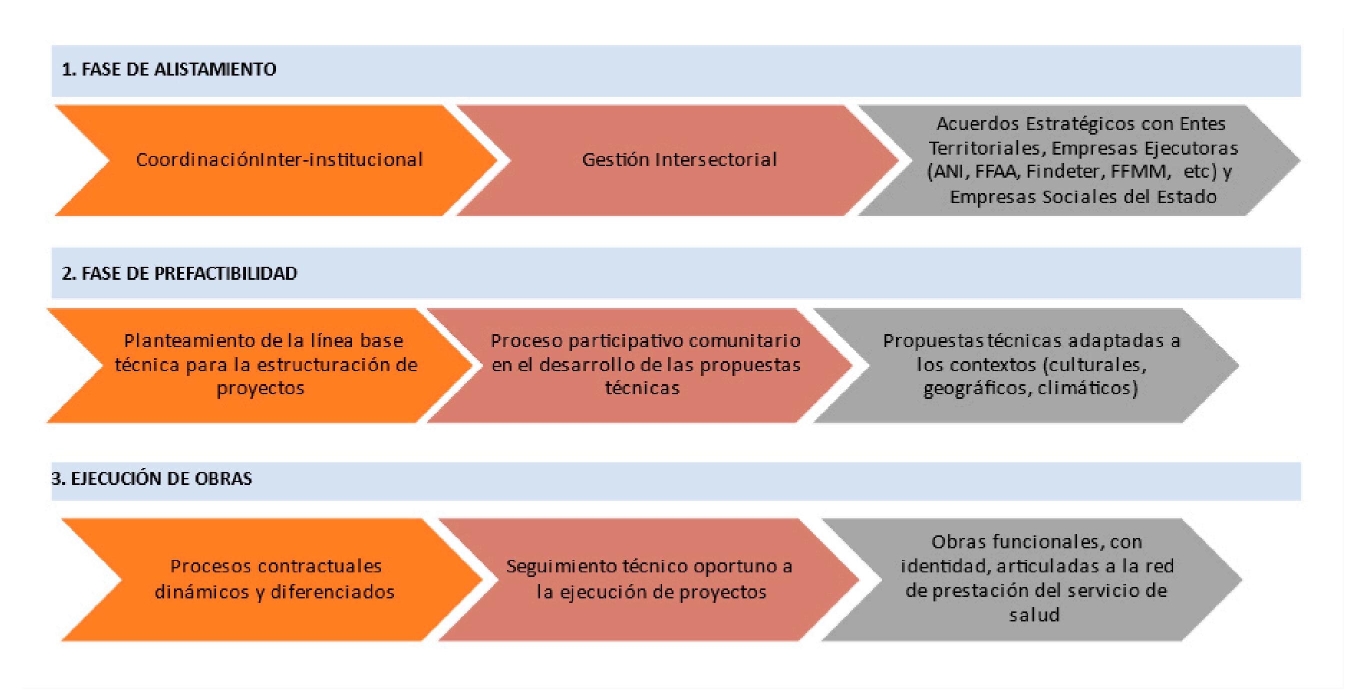
- **Fase de Diseño o Planeación**: Hace referencia a la precisión de los estudios, diseños y presupuesto, necesarios para la ejecución de obra, acordes a las necesidades identificadas según las tipologías de CAPS establecidas en el marco del modelo, garantizando en el proceso la participación comunitaria, en plena observancia de las particularidades específicas de la comunidad a atender y en cumplimiento de la normativa que reglamenta al sector.

- **Fase de Ejecución o Desarrollo**: Corresponde a la materialización de los diseños planteados que conlleven a la entrega de las obras para su entrada en funcionamiento y prestación de los servicios de atención primaria como parte de la estructura de red establecida en el modelo, el cual integra los diferentes niveles de atención.

Gráfico 1: Fases del modelo de gestión integral de proyectos

INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA INTRAMURAL – NIVELES 2, 3

Se prevé la intervención a través de la construcción, ampliación, adecuación, de 6 proyectos, 4 de los cuales ya cuentan con concepto de viabilidad por valor de $269.805.008.778 y 2 están en proceso de estructuración por parte de los entes territoriales y empresas sociales del estado por valor de $245.000.000.000.



INFRAESTRUCTURA NACIONAL

Se encuentra prevista la intervención en las siguientes ESES de carácter nacional: Instituto Materno Infantil, Instituto Nacional de Cancerología, Hospital Sanatorio Agua de Dios y Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

CAROLINA CORCHO MEJÍA

Ministra de Salud y Protección Socia

ANEXO 3

La Reforma al Sistema de Salud: un desafío de todos

Ministerio de Salud y Protección Social

Ministra
Carolina Corcho Mejía

Viceministro de Protección Social
Luis Alberto Martínez Saldarriaga

Viceministro de Salud Pública
Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Dirección de Promoción y Prevención

Johanna Barbosa Alfonso

Dirección de Epidemiología y Demografía
Clara Suárez Rodríguez

Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
Claudia Vargas Peláez

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud
Edilma Suarez Castro

Dirección de Prestación de Servicios y

Atención Primaria en Salud
Libia Forero García

Dirección de Financiamiento Sectorial
Otoniel Cabrera Romero

Dirección de Regulación de Beneficios,

Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud
Germán Chaparro

Dirección de Regulación de la Operación del

Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones
Margarita Escudero Osorio

Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación
Diana Herrera Riaño

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
Argemiro Rincón Ortiz

Dirección Jurídica
Gabriel Bustamante

Equipo Asesor
Andrea Paola García – Administradora de Recursos del SGSSS
Mónica Padilla – Organización Panamericana de la Salud
Carlos Humberto Arango – Banco Mundial
Edgar Alfonso González – Ministerio de Salud
Félix Martinez– Administradora de Recursos del SGSSS
Gabriel Armando Piraquive – Departamento Nacional de Planeación
Luis Jorge Garay – Sociedad Civil

Contenido

Contenido

Introducción

La constitución colombiana de 1991 planteó en su artículo primero que Colombia es un Estado social de derecho, al adoptar esta concepción, el país se comprometió a hacer efectivos los derechos de las personas, lo que incluye la garantía real de todos los derechos constitucionales, tales como los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Por su parte, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), suscrito por Colombia, sobre el alcance del derecho a la salud, establece que: "Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

La Corte Constitucional en el año 2008, al estudiar un número significativo de acciones de tutela presentadas para la protección del derecho a la salud, evidenció fallas estructurales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que emitió la Sentencia T-760 de 2008, con 16 órdenes generales. Sin embargo, luego de 14 años de expedida la sentencia el cumplimiento de los gobiernos ha sido precario, especialmente en lo que respecta a asegurar la cobertura universal en el sistema de salud, y a garantizar el acceso efectivo, oportuno y con calidad a los servicios.

La Organización Panamericana de la Salud ha documentado ampliamente que los sistemas de salud de la región se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud, lo que genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, conducentes a un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción con los servicios provistos.

Para atender el problema de la fragmentación la OPS considera que las redes integradas e integrales de servicios de salud son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la Atención Primaria de Salud - APS a nivel de los servicios de salud. Dada la gran variedad de contextos de los sistemas de salud, la política pública debe satisfacer las necesidades organizacionales específicas de cada sistema y le corresponde a la autoridad sanitaria nacional quien debe reorientar los sistemas de salud con base a los valores y principios de la APS, de manera que el modelo de atención para el cuidado integral de la población se desarrolle bajo tres pilares fundamentales:

- La participación social y comunitaria en la toma de decisiones que se adopten en el sistema de salud, en la que la comunidad empoderada identifique sus necesidades, ejerza control social y esté dispuesta también a contribuir con su satisfacción.

- La acción intersectorial por la salud, en la que diferentes sectores del desarrollo social y económico de los territorios asuman su responsabilidad sobre la salud y vida de las poblaciones a cargo y se articulen en pro de mejorar el bienestar de la población y de controlar los determinantes que inciden en la salud, como el agua potable, la seguridad alimentaria, el saneamiento básico, la educación, la vivienda, el empleo digno y decente, entre otros factores.

- La territorialización del sistema, buscando nuevas formas de articular municipios y departamentos, que guarden similitudes culturales, socioeconómicas y de cercanía.

En este contexto, la propuesta de "Colombia, potencia mundial de la vida" para el sector salud tiene el imperativo de poner la vida en el centro. En un marco de responsabilidad compartida con todos los sectores de la sociedad, cumplir con

esta misión requiere una reforma estructural del sistema de salud que incorpore las lecciones aprendidas durante al menos tres décadas y garantice de forma equitativa el goce efectivo del derecho a la salud de toda la población. Esto implica transformar la ruta del aseguramiento individual centrado en la atención de la enfermedad, para repensar el sector desde la prevención y la predicción, los derechos de los trabajadores y trabajadoras en el sistema de salud, el cuidado del ambiente y el agua, el derecho a la alimentación, el reconocimiento de la diversidad sociocultural y regional, y la recuperación de la salud pública como eje de la política pública para el cuidado integral de la salud y la vida. Un factor determinante para esta reforma es sin duda el talento humano, piedra angular de cualquier sistema de salud en el mundo, para esto y particularmente, en nuestro país se debe desarrollar una política integral del talento humano en salud, propendiendo porque sea: suficiente, competente, distribuido equitativamente, bien pago, en permanente capacitación, y con un trabajo decente (OIT) que incluya estímulos e incentivos para atender a las poblaciones dispersas y alejadas de los centros urbanos y que faciliten su desarrollo personal y profesional.

Este documento está organizado en dos partes: en la primera se presentan las condiciones de partida del proceso y en la segunda se sintetizan los cambios estructurales propuestos en la reforma. Así, se comienza con las condiciones de partida, se describen los indicadores trazadores que muestran la profundización de inequidades durante tres décadas, y posteriormente se incluye una síntesis en la evolución de los recursos y el incremento progresivo de la UPC para finalizar con el panorama financiero actual del sistema de salud. Se muestra complementariamente que la situación descrita es agravada por la precarización del talento humano en salud y la creciente deuda con las instituciones prestadoras de servicios de salud, que requieren cambios en el corto, mediano y largo plazo, y que hacen parte de los compromisos del gobierno nacional.

En la segunda parte se presentan los cambios estructurales propuestos en el proyecto de Ley que reformará el sistema de salud. Se incluye la descripción general de la nueva arquitectura institucional de gobernanza, las estrategias para asignación de los recursos, las inversiones requeridas para el sistema de información, el fortalecimiento y desconcentración de la ADRES, la prestación primaria, y al finalizar las proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma.

Luego de casi 30 años de expedida la Ley 100, es innegable que se hace necesaria una revisión estructural para que el sistema sanitario colombiano responda al mandato constitucional de tener a la salud como un derecho humano fundamental. Las normas cumplen su ciclo, y los logros alcanzados en salud hasta ahora deben ser la plataforma sobre la cual construir un modelo que responda a las necesidades actuales de la población; precisamente, ese es el objetivo de las leyes y máxime de los Estados Sociales contemporáneos como el nuestro.

El Sistema de Salud se fundamentará en el aseguramiento social en salud como la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado. En este contexto, se establecerá: el modelo de atención; el financiamiento y la administración de los recursos; la prestación integral de los servicios para la atención en salud con la participación de las entidades públicas, privadas y mixtas pertenecientes al sector; el sistema integrado de información en salud; la inspección, vigilancia y control;, la participación social y los criterios para la definición, implementación y el monitoreo de la eficacia de las políticas públicas, incluyendo las de ciencia, innovación, medicamentos, tecnologías en salud, formación y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud. Además, se especificará la disponibilidad tanto de recursos presupuestales en el marco de la sostenibilidad fiscal de corto, mediano y largo plazos, como del recurso humano y de su capacitación y formación a través del tiempo.

PRIMERA PARTE:

Las condiciones de partida del proceso de reforma

1. Consideraciones generales sobre las condiciones de partida

El arreglo institucional creado en la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, entregó el gasto social a las reglas del mercado. Muy tempranamente, Ocampo (1998) señaló que esta ruta llevaría a que el mercado articulara y potenciara los mecanismos de concentración del ingreso y apropiación de excedentes económicos, anulando el efecto redistributivo de las políticas sociales[62]. En un país con profundas inequidades como Colombia, las reformas neoliberales demostraron que al poner en el centro la maximización de la ganancia y la búsqueda de rentabilidad a toda costa, el arreglo institucional fue permisivo con la corrupción. En este contexto, la intervención estatal y la autoridad sanitaria deben establecer los correctivos no solo por razones de equidad sino de eficiencia[63].

En los últimos 30 años dos acciones normativas han marcado puntos de inflexión: la Ley 100 de 1993 con gran orientación al mercado, y la Ley 1751 de 2015 que ordena al Estado "retomar" su rol como ordenador del sistema de salud. Por medio de la ley estatutaria se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones define que "El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado[64]."

La corte constitucional, desde su creación en 1992, ha desarrollado un acervo jurídico sobre el estatus de fundamental para el derecho, así como sus componentes esenciales. Como hito en este proceso, la sentencia T-760 ordenó a las entidades responsables de la salud en Colombia corregir las fallas que presentaba el sistema, iniciando así una serie transformaciones en el sistema de salud que aún en la actualidad no se han logrado superar[65]. La corte también define que "La salud tiene dos facetas distintas, que se encuentran estrechamente ligadas: por una parte, se trata de un servicio público vigilado por el Estado; mientras que, por la otra, se configura en un derecho que ha sido reconocido por el legislador estatutario como fundamental, de lo que se predica, entre otras, su carácter de irrenunciable. Además de dicha condición, se desprende el acceso oportuno y de calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible." En cuanto a los elementos que rigen el derecho fundamental a la salud, la Corte ha destacado que se trata de "aquellos componentes esenciales que delimitan su contenido dinámico, que fijan límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser. El derecho a la salud incluye los siguientes elementos esenciales: la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional.[66]"

La orientación jurisprudencial de la corte constitucional ha sido determinante en las transformaciones que han ido moldeando el sistema de salud colombiano hasta la situación actual que a su vez determina las condiciones de partida que por

62 Ocampo Jose Antonio: "Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina". Revista de la CEPAL 65. **Agosto** de 1998

63 Franco-Giraldo A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. Rev. Fac. Nac.

Salud Pública 2014; 32(1): 95-107

64 Colombia - Congreso de la República. Ley 1751, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Of0icialN° 49.427 (16 de febrero de 2015)

65 Colombia - Corte Constitucional de Colombia CC. Sentencia T-760 de 2008. Magistrado Ponente: Dr. Manuel José Cepeda Espinosa. Fecha de consulta: 8 de marzo de 2016. Disponible en: http://wwwcorteconstitucionalgovco/relatoria/2008/T-760-08htm

66 https://www.corteconstitucional.gov.co/RELA RIA/2015/T-121-15.htm [6] Ley 100 de 1993, artículo 153. Fundamentos del servicio público.

un lado justifican el cambio y por otro dan soporte y valiosos aprendizajes para construir la reforma estructural requerida. De manera sintética se presentan los cambios alcanzados en las dimensiones más significativas del sistema de salud:

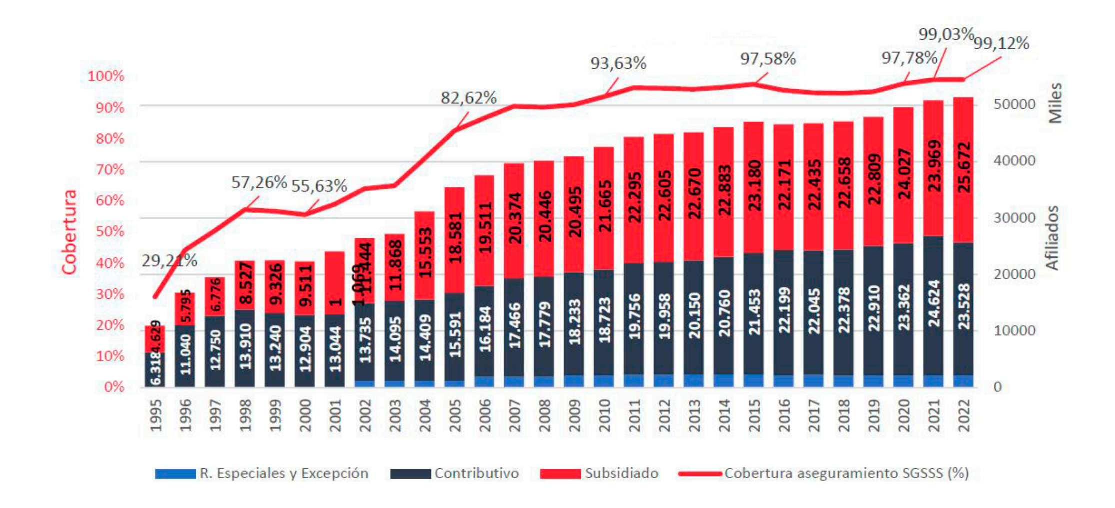
Universalización del aseguramiento y el principio de solidaridad: para lograr la financiación del aseguramiento en salud, así como el acceso de los servicios de salud, el sistema se financia con recursos fiscales y parafiscales. Los recursos fiscales se derivan de los aportes del Presupuesto General de la Nación, del Sistema General Participaciones, de las rentas cedidas a las entidades territoriales por la operación y explotación de monopolios rentísticos, y de los recursos propios de los departamentos y municipios. Por su parte, los recursos parafiscales comprenden los aportes de los cotizantes al régimen contributivo y los recursos del subsidio familiar que recaudan las Cajas de Compensación Familiar – CCF provenientes del aporte parafiscal sobre la nómina. Entre los años 2018 y 2023, los ingresos del sistema representan en promedio 5,3% del PIB que financian principalmente los gastos que garantizan los servicios y tecnologías de un Plan de Beneficios implícito, financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, presupuestos máximos y recobros, y que le otorga a la población del territorio nacional el acceso a los servicios y tecnologías en salud autorizados en el país, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de cualquier contingencia de salud, según la prescripción del profesional tratante, y con independencia tanto del origen de la enfermedad como de la financiación definida.

La progresividad y equidad financiera: la equidad en el financiamiento y en la provisión de servicios del sistema ha sido uno de los objetivos principales desde su creación6 sin embargo los avances han sido posibles sólo a través de sus reformas[67]. Según la OMS la equidad en el financiamiento de los sistemas de salud se puede medir en tres ejes: cobertura de población, cobertura de servicios y reducción del gasto de las personas[68]

- La expansión de las coberturas de la población se ha logrado especialmente por un incremento en la población afiliada al Régimen Subsidiado por a la confluencia de recursos propios de la nación y los territorios, recursos por solidaridad y de origen en otras fuentes del sector. La serie anual de afiliación desde 1995 hasta el 2022 que se muestra en la figura muestra los datos de los resultados en este eje.

Afiliación y cobertura total nacional. Total histórico.





Fuentes: Serie anual de afiliación a nivel nacional (BDUA) y Estimación y proyección de población DANE (Censos 2005 y 2018). Cálculos: Ministerio de Salud y Protección Social

67 Colombia - Congreso de la República. Ley 1751, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario OficialN° 49.427 (16 de febrero de 2015)

68 OMS, 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal.

- Desde su diseño, el sistema contaba con dos planes de beneficios para los Regímenes Contributivo y Subsidiado con diferencias en contenido, estructura, garantía y financiación. Los avances en la equidad del financiamiento en salud en términos de los beneficios de salud a los que tienen derecho los afiliados al sistema pueden verse en dos grandes ejes, el primero es la existencia de un plan de beneficios único sin diferencias para los dos regímenes de afiliación y el segundo la ampliación de coberturas de este plan de beneficios. Esta última, se ha venido realizando con racionabilidad y garantizando la sostenibilidad del sistema; pasando de un esquema de racionalidad explícito definido en la Ley 100 de 1993 hacia un esquema de racionalidad implícita, definido por la Ley 1751 de 2015.

- La protección financiera de los ciudadanos y sus familias es un elemento intrínseco de la cobertura sanitaria universal y, junto con la cobertura de los servicios, una meta de los sistemas de salud. La protección financiera se logra cuando no hay obstáculos económicos al acceso y cuando los pagos por cuenta propia (pagos directos) que los usuarios necesitan realizar para recibir atención de salud no les generan dificultades económicas.[69] El gasto privado en salud comprende los gastos realizados por concepto de atención en salud cubiertos por seguros privados voluntarios, así como el gasto de bolsillo que engloba los desembolsos que se destinan para el pago de una atención o servicios de salud en general realizados en el momento en que el hogar se beneficia de estos, e incluye honorarios médicos, compra de medicamentos, facturas de hospital y gastos en medicina alternativa y tradicional[70]. No obstante, no incluye los gastos de transporte, los relacionados con nutrición especial, los pagos que sean reembolsados al hogar por un tercero, el pago de seguros obligatorios, ni voluntarios, que corresponden a otros gastos privados y no relacionados directamente con el desembolso desde el hogar. En el contexto colombiano el gasto de bolsillo ha presentado una disminución (del 51% en 1995 al 14% en 2020[71]) en respuesta a los esfuerzos realizados en el gasto público mediante mecanismos como la definición, implementación, unificación y actualización del Plan de Beneficios en Salud implícito y el aumento de la cobertura de afiliación nacional (del 29% en 1995 a 99% en 2022).

- Crisis de la Red Pública Hospitalaria: con los cambios en la economía global y el auge de las políticas de ajuste estructural se dieron transformaciones direccionadas a la reducción del Estado, la descentralización y la privatización apoyadas en la teoría de la Nueva Gestión Pública. Un caso particular corresponde a la aplicación de la Política de categorización de riesgo fiscal y financiero que llevó a limitar la cantidad, el crecimiento y la capacidad de resolución de la red pública hospitalaria, situación que no solo ha puesto en riesgo a estos bienes públicos, sino a la salud de la población, y en este proceso ha ido despojando a los trabajadores de la salud de sus derechos laborales. Así, las Empresas Sociales del Estado están atrapadas en el círculo de carteras morosas que limitan la solvencia financiera, favorece su declaratoria en riesgo y su sometimiento a convenios de desempeño, a realizar presupuestos según el recaudo, mas no el reconocimiento, y limita su desarrollo y crecimiento por diez años, para finalmente ser liquidadas/fusionadas[72].

69 Informe de monitoreo mundial de la protección financiera en relación con la salud 2021 [Global monitoring report on financial protection in health 2021]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: **https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240040953**

70 Definición de seguro voluntario privado en salud, en aplicación de la metodología SHA adaptada para Colombia. OECD

(2022) Private health insurance spending- Brief, https://www.oecd.org/health/Spending-on-private-health-insurance-BriefMarch-2022.pdf

71 Cifras preliminares

72 Vargas GS, Ruiz LE, Martínez LA. El estado de la red pública hospitalaria en Colombia para enfrentar el COVID-19, posterior a la política de categorización de riesgo fiscal y financiero. Rev Gerenc Polit Salud. 2021;20. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.erph

2. Análisis de los indicadores trazadores de las inequidades en salud

En última instancia el éxito de los sistemas de salud se mide por su capacidad de evitar enfermedades y muestres prevenibles, así pues el propósito de este apartado es presentar un breve análisis de dos indicadores trazadores reconocidos universalmente como la razón de mortalidad materna (RMM) y la tasa de mortalidad infantil (TMI), para analizar ineficiencias e inequidades en el sistema de salud, y que se asocian con las barreras de acceso a una atención de calidad y oportuna en un sistema de salud[73].

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es una medida que monitorea las muertes relacionadas con el embarazo y el parto y refleja la capacidad del sistema de salud de proporcionar atención efectiva y prevención de las complicaciones que ocurren durante el embarazo y el parto. La RMM representa el riesgo asociado de cada mujer en embarazo, por ejemplo, de riesgo obstétrico.[74]

La Tasa de Mortalidad Infantil históricamente ha sido considerada una medida sensitiva de bienestar y desarrollo, y usada como indicador de efectividad en la prestación de servicios en el análisis comparativo de sistemas de salud como indicador de calidad en la atención y como reflejo del acceso adecuado a la atención en salud. De acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo - BID, constituye un resultado de salud importante de la definición de políticas[75]

Razón de Mortalidad Materna (RMM)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales".

El análisis de series de tiempo para el periodo 1979 a 2020 mostró cómo dicho indicador para el período 1979-1995, presentó una tendencia marcada a la baja, pasando de 214.3 a 88 muertes por 100.000 menores de un año (RMM), reduciéndose 126 muertes. Sin embargo, dicha velocidad se redujo a mediados de los años noventa con una razón promedio para el periodo 2000-2019 de 65.7 y con una reducción de 39.2 muertes (Gráfico 1).

---

73 Se realizó un análisis de series temporales durante el periodo entre 1979 a 2020, para los dos indicadores de mortalidad trazadores. Con las series de 1979 a 1995, se generó el pronóstico de cada indicador de mortalidad entre 1996 y 2020, con la finalidad de hacer la comparación contra la tendencia real. El modelo de pronóstico se ajustó usando series de tiempo SARIMA (Seasonal Autoregressive Integrated Moving Average) con los datos mensuales. Cuando los datos mensuales del indicador mostraron un comportamiento estacional, se tuvieron en cuenta los parámetros para el pronóstico en la serie de tiempo. El número de muertes maternas y muertes infantiles, se extrajeron de los registros oficiales de las estadísticas vitales. Para el cálculo de nacidos vivos, debido a que se cuenta con este dato solo a partir de 1998, se utilizaron las retroproyecciones de población de 0 años calculadas por el DANE para toda la serie, y a partir de 1999 también se usaron proyecciones de población de 0 años, para mantener la homogeneidad en el dominador para toda la serie. La razón de mortalidad materna fue retro proyectada para el periodo 1979 a 1998 con una regresión lineal, tomando como base el comportamiento de 1998 hasta 2020. Esto, debido a que antes de 1998 la mortalidad en el puerperio se tomaba hasta los 10 primeros días después del parto, y a partir de ese año fue incluido el puerperio tardío hasta los 42 días después del parto en la definición de medición del indicador. Las causas de muerte se extrajeron agrupadas según lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad que homologa las revisiones novena y décima de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción novena revisión (CIE-9 y CIE-10).

74 WHO. (2015). Maternal Mortality Ratio, Global Health Observatory Data repository. Obtenido de World Health Organization WHO: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=26

75 Inter-American Development Bank IADB. (2007). The Challenges of measuring child mortality when birth registration is incomplete. Rome: Global Forum on Gender Statistics

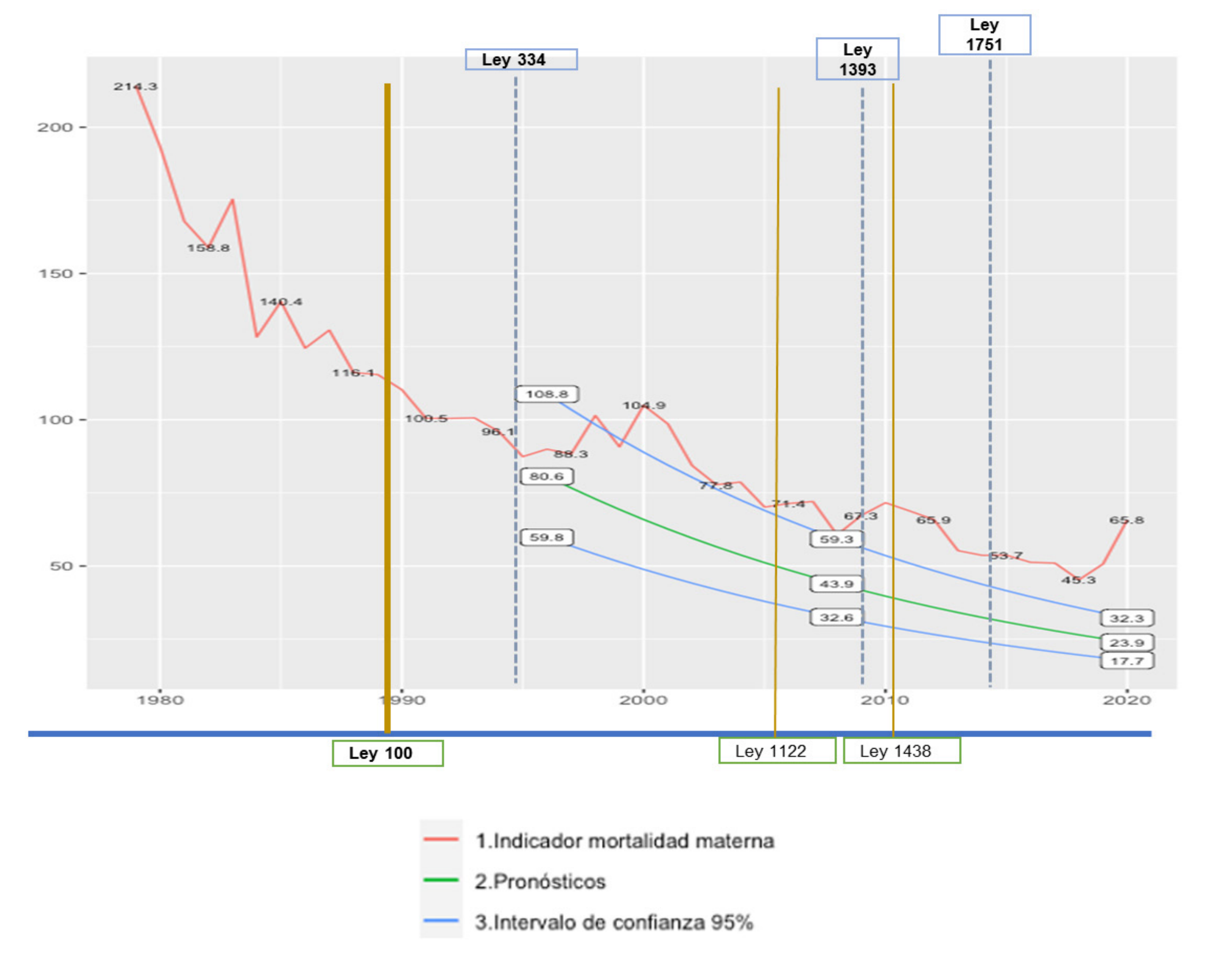


Gráfico 1. Razón de Mortalidad Materna, serie registrada vs serie pronosticada

Fuente: Estadísticas Vitales DANE.

El pronóstico del indicador muestra cómo desde el año 2005 es consistente la desviación aumentada con respecto a la tendencia del canal proyectado. Si la intervención de la Ley 100 de 1993 hubiese sido suficientemente efectiva, la mortalidad materna habría alcanzado una tasa de 44 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2008, cumpliendo así la meta de los entonces Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM (45 muertes), y en 2020 con una de 24 muertes por 100.000 nacidos vivos, cumpliendo la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS (32 muertes).

Por su parte, los resultados del estudio de Carga Global de Enfermedad[76] muestra que al comparar a Colombia con países del continente americano como Canadá, Brasil, Cuba, México, Chile y Costa Rica, **Colombia ocupa el último lugar con los valores más altos** en casi todo el periodo 1995-2019, superado solamente por Brasil en el último año. El indicador para Colombia dista en más de un 90% del de Canadá, país con el mejor comportamiento del indicador en todo el período (razón promedio de 6,73 x 100.000 N. V) (Gráfico 2).

76 Tomado de: IHME. Global burden Disease 2019. Latest GBD results: 2019. https://www.healthdata.org/gbd/gbd-2019-resources

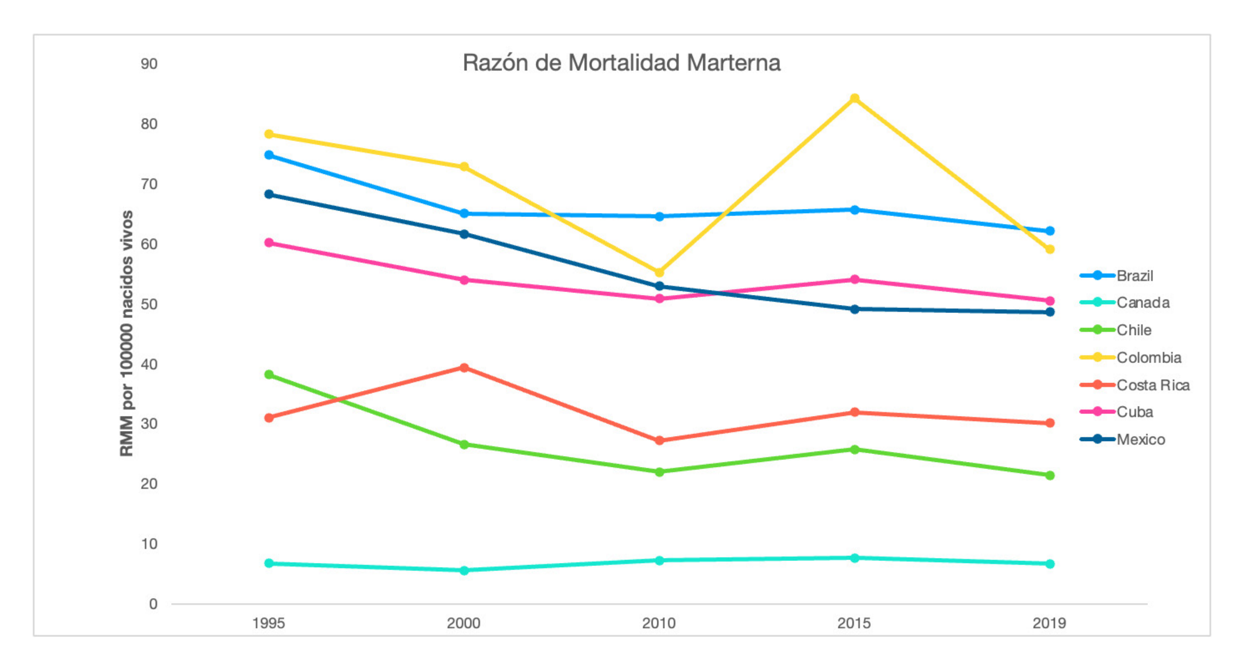
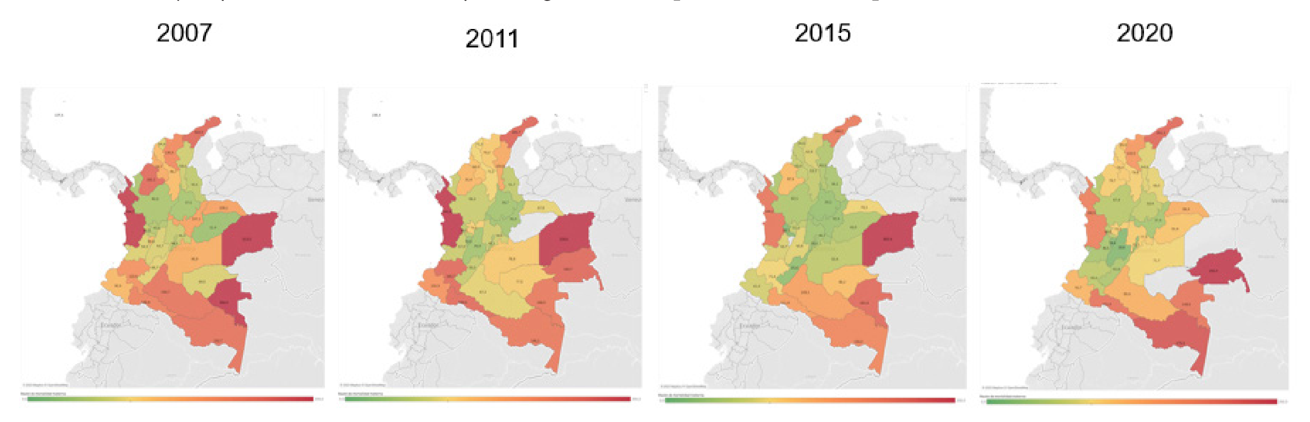


Gráfico 2. Razón de Mortalidad Materna, comparación con otros países de la región
Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del Global Burden of Disease, 2019.

En los reportes disponibles de la OCDE, se observa que para el año 2019 Colombia presenta una razón de mortalidad materna de 50,7 por cada 100.000 nacidos vivos, siendo la razón más alta de todos los países miembros, seguida por Letonia que presentó una de 37,6 ese mismo año. En cuanto a países de Sur y Centro América, se observa a Costa Rica con una de 20,2 y Chile con una de 10,9[77]

Las brechas entre departamentos para este indicador, no han mejorado en el periodo 2005-2020. Se observan desigualdades en la mortalidad materna entre los departamentos, particularmente las mujeres que viven en Vichada, Vaupés, Chocó, La Guajira y Amazonas tienen mayor riesgo de morir por esta causa (Mapa 1).



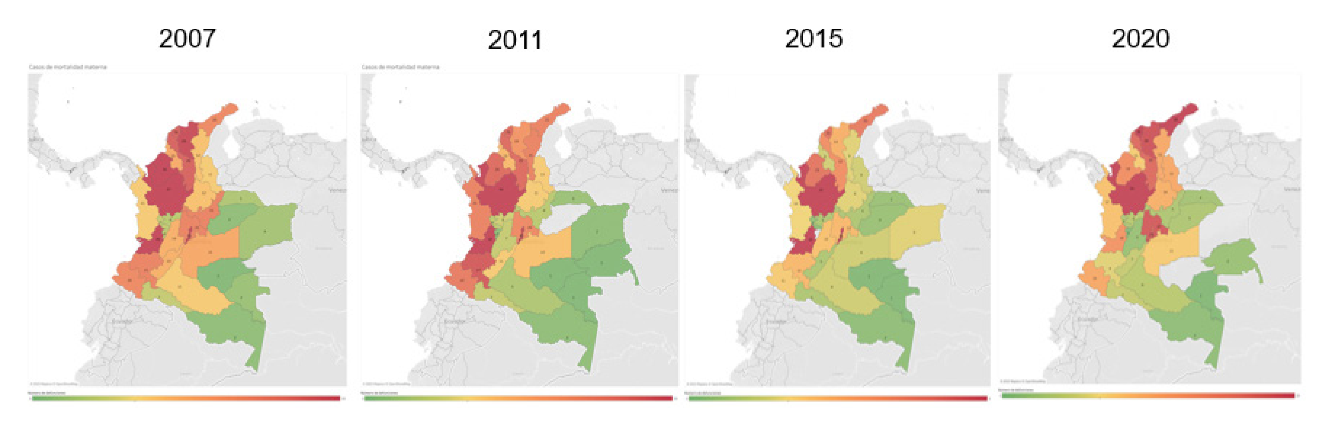
Mapa 1. Razón de Mortalidad Materna: cambios a nivel departamental 2007-2020

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 23 de enero de 2023.

Sin embargo, si se analiza el número absoluto de casos, se encontró que la mayoría de las muertes maternas se concentran en el norte, occidente y centro del país, donde hay más servicios de salud y supuestamente menores barreras de acceso. En

77 Tomado de: https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30116

2020 la incidencia de muertes materna fue mayor en La Guajira (38), Antioquia (34), Atlántico (34), Magdalena (28), Cundinamarca (27), Bolívar (25), Bogotá (25), Córdoba (19) y Valle del Cauca (18); (Mapa 2)



Mapa 2. Número de defunciones maternas, cambios a nivel departamental 2007-2020

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 23 de enero de 2023

Así las cosas, de acuerdo con los datos registrados preliminares de mortalidad materna para el año 2021, las metas por regiones del país están lejos de cumplirse, siendo la región Caribe la que presenta la tasa más alta (1,3 veces más riesgo de mortalidad en comparación con el resto del país), seguido por la región de los llanos y centro sur -Amazonía. Llama la atención que las regiones del eje cafetero y centro oriente, si bien el indicador es menor comparado con las otras regiones, dentro de ellas los indicadores de Bogotá y Antioquia son elevados y poco se acercan a la meta.[78] (Gráfico 3)

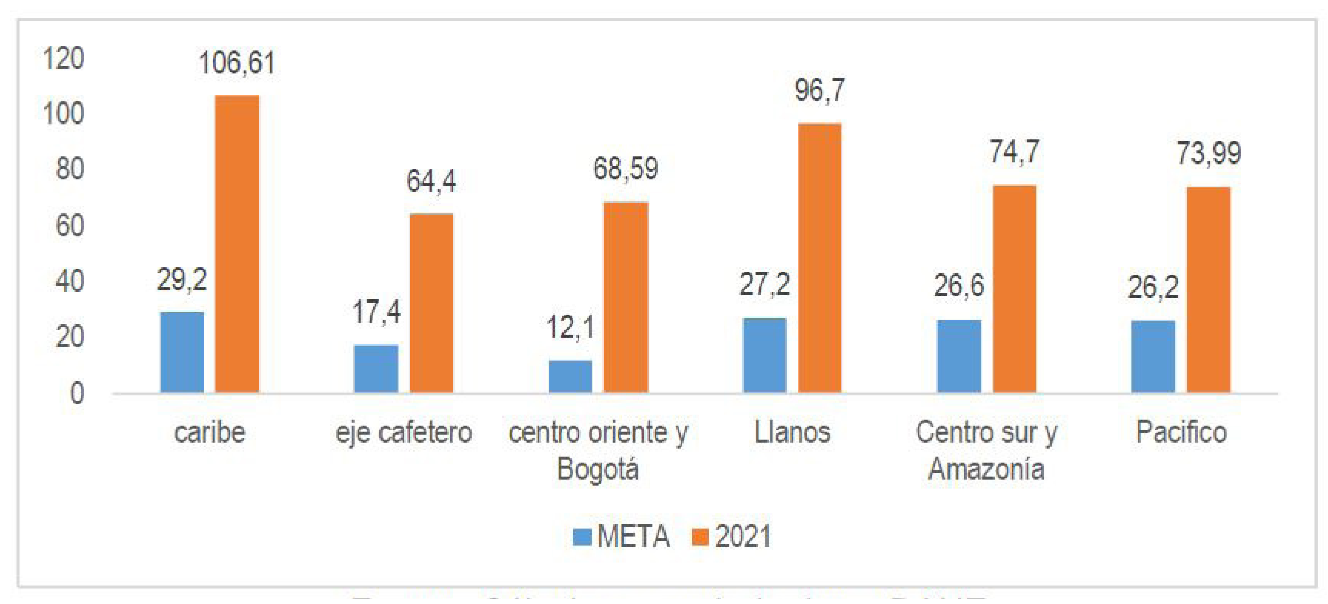


Gráfico 3. Cumplimento de las metas de ODS por Regiones de Colombia. Mortalidad Materna 2021 (preliminar)

Fuente: Cálculos a partir de datos DANE Tasa de mortalidad en menores de un año.

78 Tomado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/conpes-3918anexos-2018-estrategia-implementacion-ods.pdf

Tasa de mortalidad en menores de un año.

El análisis de series de tiempo para el periodo 1979 a 1996, según los registros de Estadísticas Vitales - EEVV presenta una tendencia marcada a la baja pasando de 54,8 en 1979 a 19,6 en 1996 muertes por 1000 menores de 1 año. A partir de 1999, si bien se presenta una reducción, no lo hace a la misma velocidad que presentó hasta 1996 y se sale del intervalo proyectado hasta el final del periodo, (**Gráfico 4)**

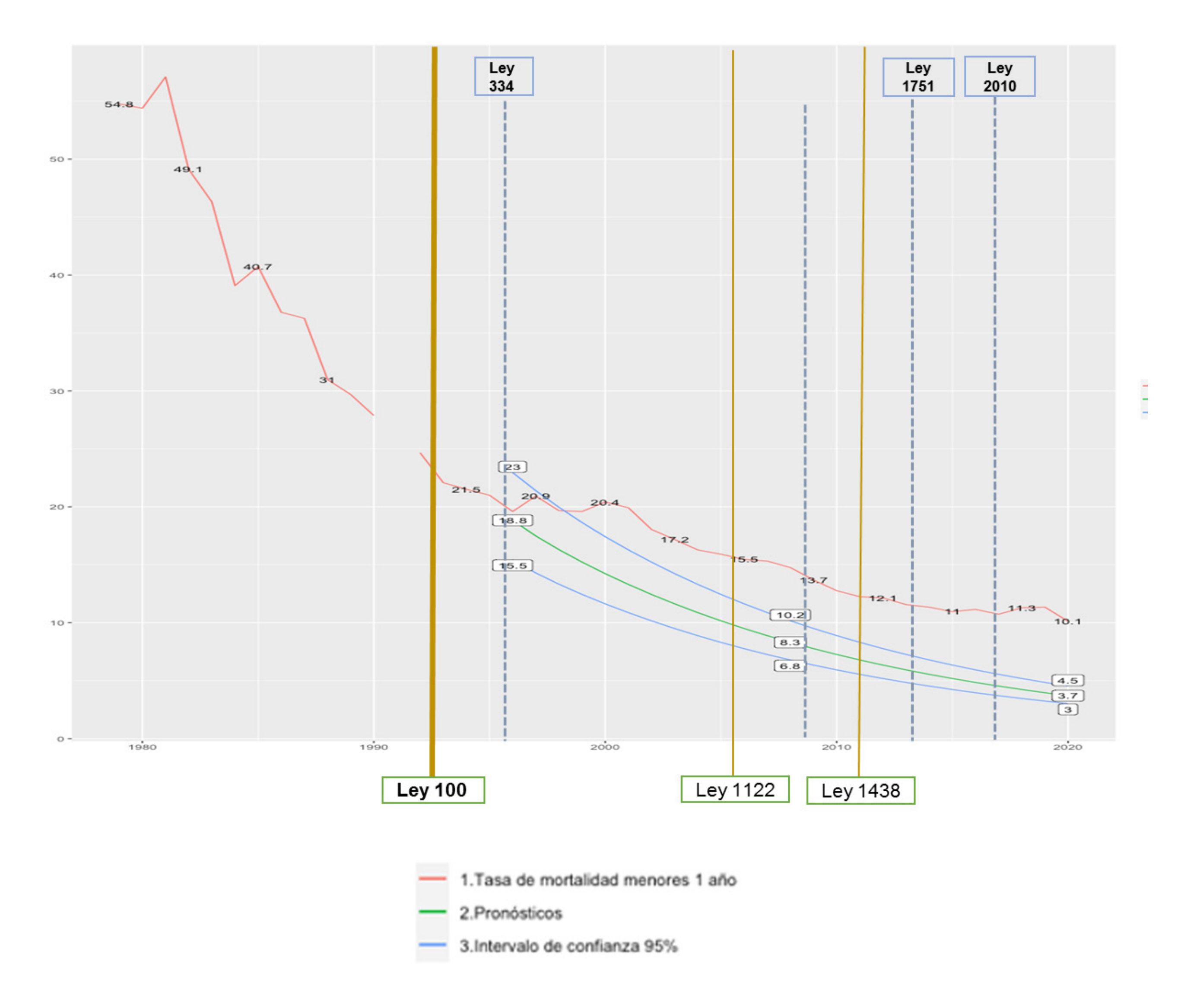


Gráfico 4. Tasa de mortalidad en menores de 1 año, serie registrada vs serie pronosticada 1980-2020
Fuente: Estadísticas Vitales DANE.

A partir de 1999 la evolución de la serie se ha mantenido fuera del intervalo de confianza, desviándose del límite superior del canal proyectado antes de la Ley 100/1993. Aun cuando se cumple la meta ODS (16,68 por 1.000), si el efecto de la intervención hubiese sido suficientemente eficaz, la mortalidad en menores de un año se habría reducido a una tasa de 8,3 por cada 1000 menores de 1 año en 2008 y a 3,7 por 1.000 menores de 1 año en 2020.

El estudio de Carga Global de Enfermedad 1995-2019 concluyó que la tasa de mortalidad en menores de un año en Colombia fue más alta que en otros países como Chile, Costa Rica, Cuba y Canadá (Gráfico 5).

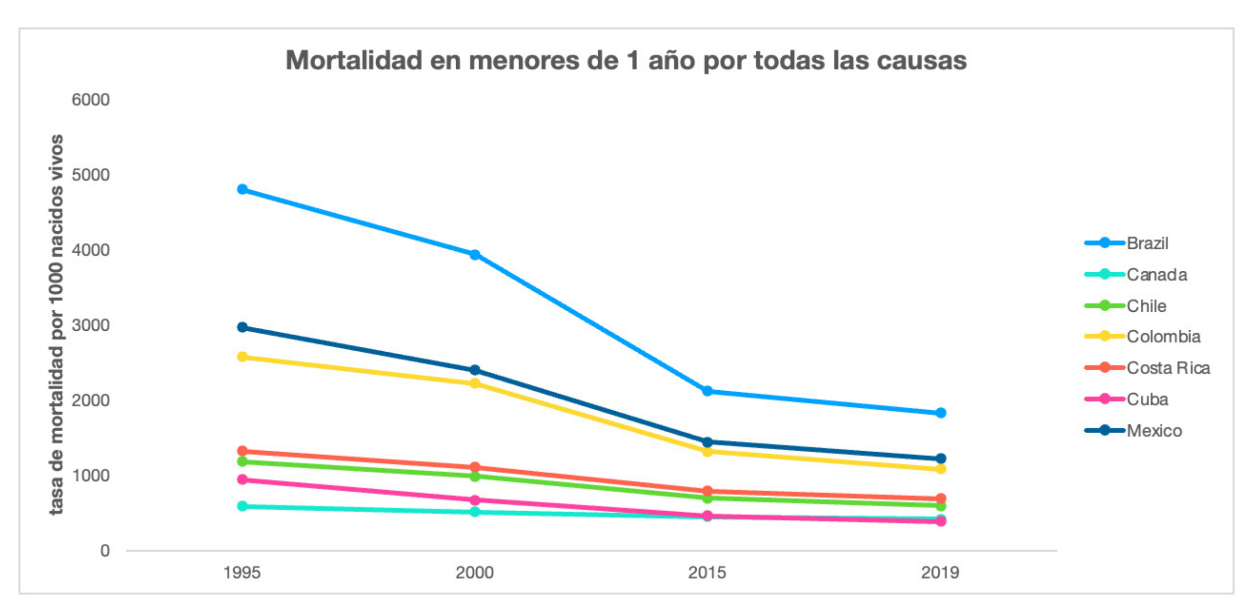
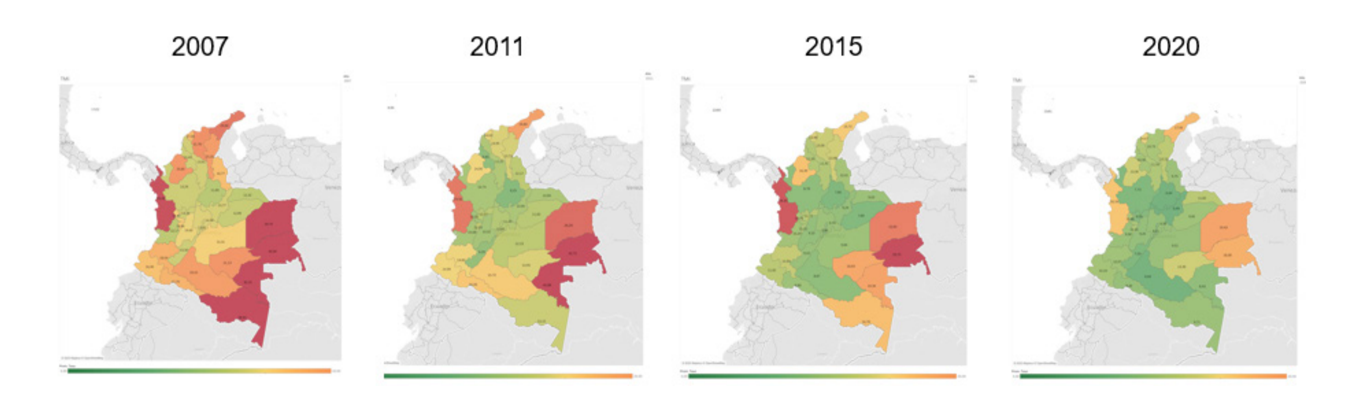


Gráfico 5. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por todas las causas, comparación con otros países de la región 1995-2019

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del Global Burden of Disease, 2019.

Con respecto a los datos registrados por los países de la OCDE, en el periodo de 2015 a 2020, Colombia presenta la mayor tasa de mortalidad (11,4), siendo solo superada por México (11,8)[79]

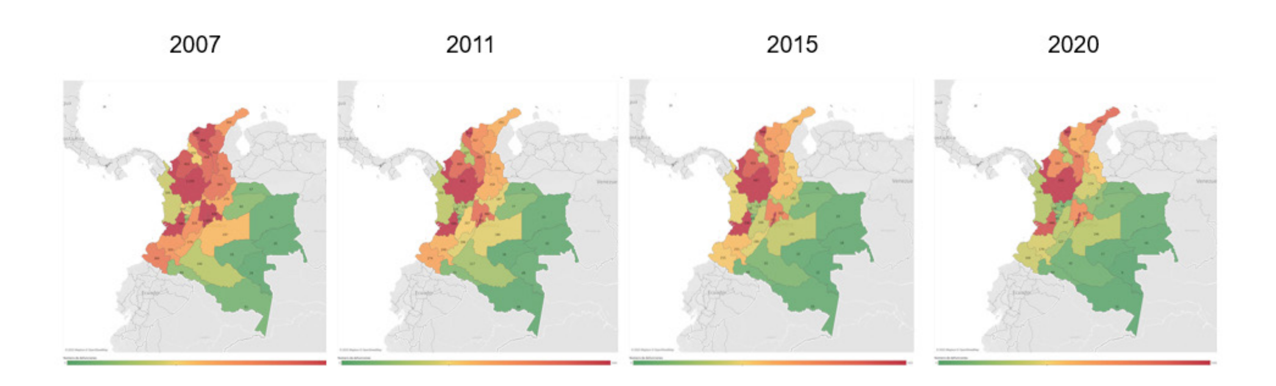
Las brechas entre departamentos para este indicador no han mejorado en el periodo 2005-2020, lo que evidencia que los departamentos con peores resultados son cuatro veces mayores con respecto a los que obtuvieron menores tasas de mortalidad infantil. Al comparar la evolución de la tasa de mortalidad en menores de un año de edad por zonas geográficas del país, se observan mejores resultados generales entre 2007 y 2020, aunque con persistencia de desigualdad de tasas entre departamentos en detrimento de algunos como Chocó, La Guajira, Vichada y Guainía (Mapa 3).



Mapa 3. Tasa de mortalidad en menores de un año, cambios a nivel departamental 2007-2020

79 Tomado de: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?end=2020&most_recent_year_desc=false&start=2020& view=bar

Así mismo, al analizar la evolución del número de casos de muertes de menores de 1 año de edad, se observa que, en los departamentos de la Región Caribe, Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá y Cundinamarca, donde se Existen mayor número de prestadores y supuestamente menores barraras de acceso, se presenta la mayor incidencia de muerte en el grupo de edad de menores de 1 año (Mapa 4).



Mapa 4. Casos de mortalidad en menores de un año, cambios a nivel departamental 2007-2020

Barreras de acceso a los servicios de salud

Si bien Colombia ha realizado grandes esfuerzos para mejorar la cobertura de salud en las últimas tres décadas, existen importantes dificultades del acceso a salud de la población colombiana que requiere una atención urgente.

La importante ampliación de cobertura registrada en el informe Evaluación del SGSSS 2009-2019, MSPS 2020[80], del 91% en 2009 a 95% en 2019, contrasta con que, para el mismo período, el porcentaje de las personas que requirieron atención en salud (excluyendo hospitalizaciones y urgencias) en el SGSSS disminuyó de 11% a 6%[81] [82]. Igualmente, los datos de la ENCV muestran que el porcentaje de la población que reportó no buscar atención cuando lo necesitaba incrementó de 25.4% a 33.1% para el periodo 2010-12 a 2019-21. Esta situación nos refiere a una combinación de factores que afectan la capacidad de respuesta del SGSS y por tanto el acceso de los colombianos a servicios de salud.

Un análisis desarrollado por OPS/OMS (HSS/HS) en conjunto con la Universidad de los Andes en 2022[23], identifica múltiples barreras de acceso, las más importantes, los largos tiempo de espera para la atención en salud y una alta tramitología para la aprobación de servicios, en buena parte asociados al financiamiento limitado, incentivos para la contención

80 Organización Panamericana de la Salud: Medición y Abordaje de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones en situación de vulnerabilidad. Washington DC:OPS, 2023 (En preparación) utilizando metodologías mixtas, triangulación de la información recolectada, revisión de literatura relacionada con barreras de acceso a servicios de salud, análisis de información en salud obtenida de dos encuestas (Encuestas Nacional de Calidad de Vida (ENCV) de 2003 a 2021 y Estudios Nacionales de Evaluación de los servicios de las EPS de 2019 a 2021) e información recolectada mediante la realización de entrevistas a actores clave del SGSSS

81 MSPS Evaluación de resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud: 2009-2019

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-resultados-sistema-general-seguridad-socialsalud-2009-2019.pdf

82 Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, Vh-Dover R. Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev Gerenc y Polit Salud. 2014;13(27):236–59

de costos y desafíos con las tarifas de negociación de los servicios (Figura 6). Las barreras de acceso reportadas por los informantes fueron clasificados según frecuencia y dimensiones del acceso en accesibilidad organizacional de la provisión:

- Falta de oportunidad en la atención en la salud, sin real priorización para aquellos con necesidades más urgentes, imposición de trámites excesivos para acceder a los servicios por parte de EPBS y prestadores, y falta de seguimiento de los usuarios en toda la atención, generando reprocesos y demoras en el diagnóstico y tratamiento;

- Accesibilidad geográfica: condiciones geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud en zonas apartadas, lo que amplía la concentración de los servicios alrededor y dentro de zonas urbanas, y las redes de servicios de las EPS no siempre favorecen el acceso a los prestadores más cercanos,

- Disponibilidad: existencia de importantes diferencias regionales con relación a la disponibilidad de infraestructura y talento humano, donde las áreas apartadas son las afectadas, déficit del recurso humano en ciertas áreas, principalmente en especialidades médicas, y déficit de medicamentos relacionado con dificultades en la contratación;

- Aceptabilidad: existencia de creencias equivocadas o limitadas sobre el funcionamiento y utilidad de los servicios de salud, y el sistema no siempre reconoce las diferencias culturales e incluso idiomáticas;

- Contacto: desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud y sobre los derechos por parte de los usuarios;

- Cobertura efectiva: las condiciones precarias de los trabajadores de salud y la corrupción afectan la calidad de la prestación efectiva de los servicios; y

Accesibilidad financiera: algunas personas no cuentan con recursos financieros para cubrir los copagos. El tamaño de las barras representa la frecuencia con que fueron mencionadas las barreras de acceso en las entrevistas

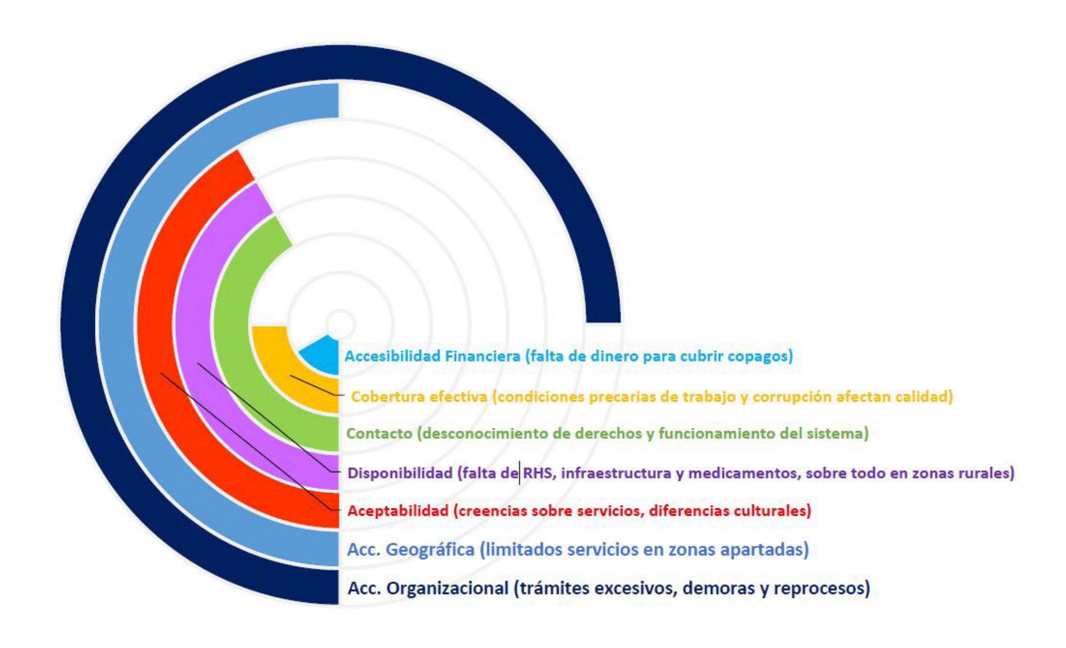


Gráfico 6. Barreras de acceso reportadas por actores clave del SGSSS en entrevistas.

Fuente: elaboración propia según análisis de información recolectada en entrevistas a actores clave del SGSSS sobre barreras de acceso a servicios de salud en Colombia.

Según la ENCV el porcentaje de la población que no buscó atención debido a altos tiempos de espera y trámites pasó de un 3,8% en 2003, a un 5,0% en 2021 (Figura2). Los informes de los Estudios Nacionales de Evaluación de los servicios de las EPS de 2019 a 2021 muestran que el promedio de días de espera entre la solicitud de una cita para medicina familiar hasta el momento de que se hace efectiva aumentó de 24.9 días en 2019 a 31.3 días en 2020 y 44.4 días de espera en 2021[83]

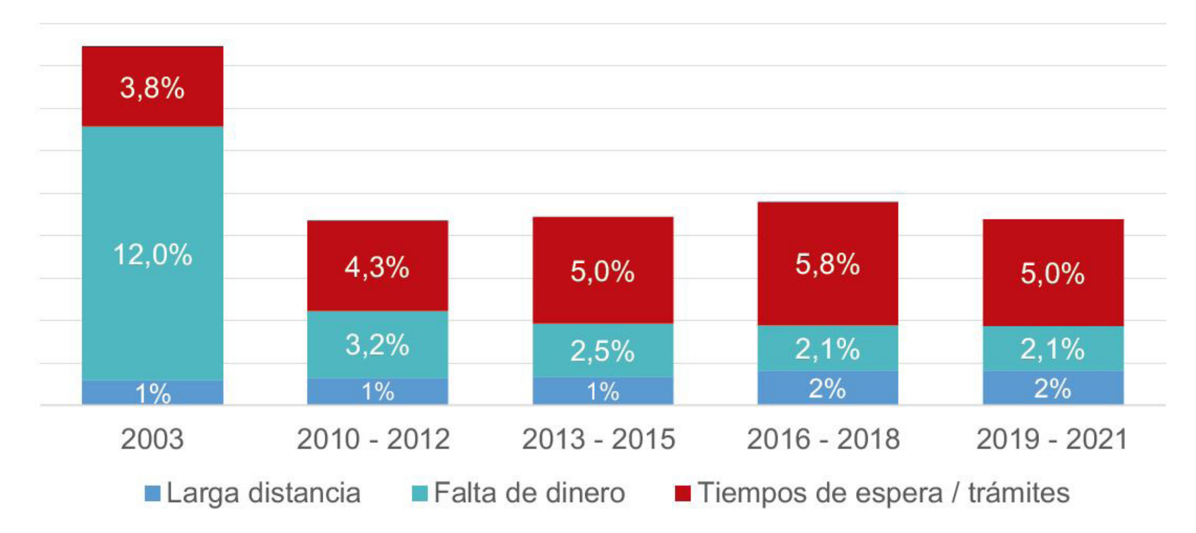


Gráfico 7. Porcentaje de la población que no buscó atención cuando lo necesitaba, según tipo de razones seleccionadas, Colombia, 2003 a 2021.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud: Medición y Abordaje de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones en situación de vulnerabilidad. Washington DC:OPS, 2023 (En preparación) elaboración equipo OPS a partir de datos obtenidos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV).

Una barrera de acceso de crucial importancia es la baja capacidad de respuesta del SGSS a la diversidad cultural de la población, esto se traduce en problemas de aceptabilidad relacionados con las barreras del lenguaje, culturales y geográficas que persisten a pesar de los esfuerzos en la implementación del SISPI. Las adaptaciones de la información sobre el sistema de salud a los diferentes dialectos existentes en el territorio nacional no se han realizado en todos los casos, lo cual profundiza las brechas de acceso por diferencias culturales.

La complejidad del sistema y el desconocimiento de los ciudadanos de las formas en que este opera es también una importante barrera para el acceso de la población a la salud, "menos probable que usuarios sin conocimientos suficientes sobre el funcionamiento del sistema de salud puedan reclamar oportuna y eficazmente sus derechos y lograr un acceso efectivo" (OPS 1). Esta falta de conocimiento también podría estar relacionada con la resolución de problemas de salud por otras vías como se muestra en la figura 3, con la automedicación pasando de un 16,7% en 2003 y un 15,7% en 2003) y el uso de remedios caseros de un 10,4% a un 13,3% entre 2019 y 2021.

83 Ministerio de de Salud y Protección Social. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS - Informe de resultados 2019. 2019;172.

Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-servicios-salud-informe-final-II2019.pdf

Ministerio de de Salud y Protección Social. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS - Informe de resultados 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-eps-2020-minsalud.pdf

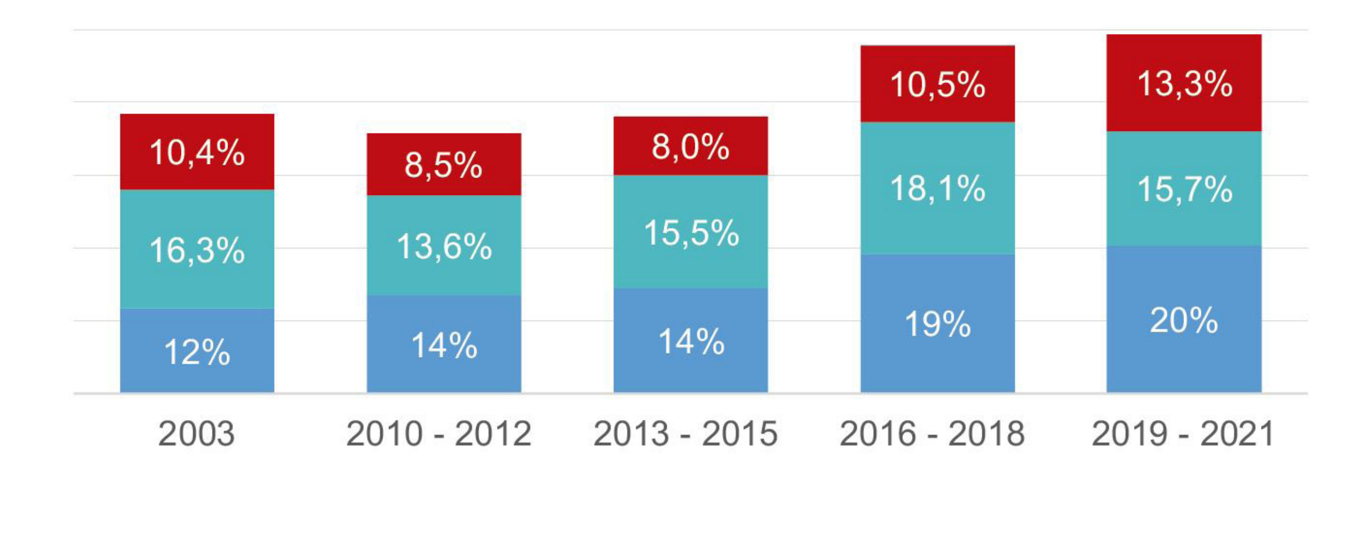


Gráfico 8. Porcentaje de la población que no buscó atención cuando lo necesitaba, según tipo de razones seleccionadas, Colombia, 2003 a 2021.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud: Medición y Abordaje de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones en situación de vulnerabilidad. Washington DC: OPS, 2023 (En preparación) elaboración equipo OPS a partir de datos obtenidos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV).

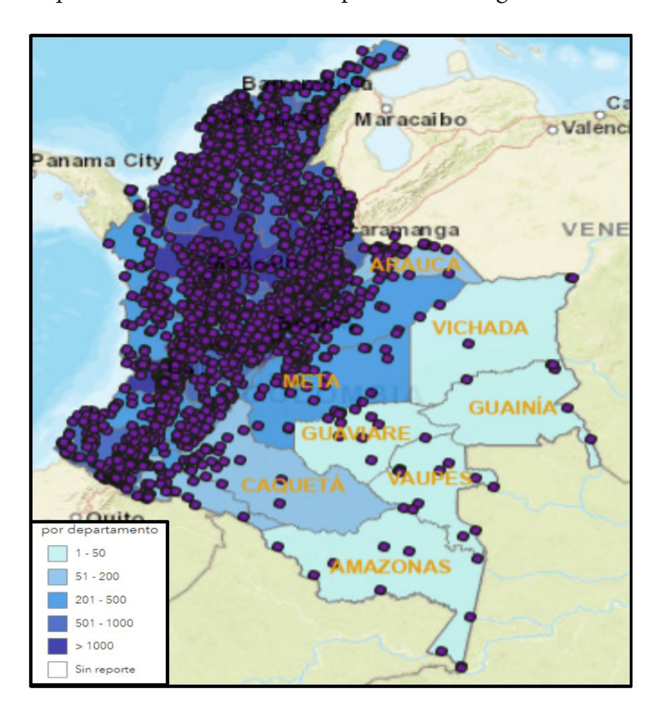
Sin duda los temas de acceso están directamente relacionados a la disponibilidad de talento humano calificado, estable y que tenga acceso a tecnología e infraestructura adecuada para garantizar una resolución de calidad en salud para la población, especialmente pensando en la diversidad geográfica y de niveles de desarrollo del territorio colombiano. Que decir de la capacidad de las autoridades locales de salud para planificar y coordinar todas las acciones que se requieren para cuidar la salud de la población.

A nivel nacional, existe un importante déficit de recurso humano en salud en el país a lo largo del territorio colombiano, no solo por las posibles diferencias entre lo rural y lo urbano, sino por diferencias en los niveles de desarrollo y capacidad de atracción y fijación de profesionales en zonas complejas y de difícil acceso. Según el Observatorio Nacional de Calidad en Salud del MSPS, la diferencia del número combinado de médicos y enfermeras según departamento es de 6,2 por mil habitantes en Bogotá mientras en Choco es de 1,2 revelando las grandes diferencias y por tanto barreras para el acceso de los ciudadanos colombianos a los servicios y cuidados de salud. ES fundamental además considerar que el perfil de la fuerza de trabajo en salud del sistema es más bien especializado y urbano, con médicos generales con baja capacidad resolutiva debido a las limitaciones en su autonomía y regulación de la práctica, lo cual exige revisar el perfil resolutivo de la fuerza de trabajo en salud. Todo esto considerando la concentración de la formación profesional en salud en los centros urbanos y de mejores niveles de desarrollo.

Es fundamental también analizar el déficit de infraestructura existente que constituye una barrera de acceso determinante, el estudio de Restrepo citado por OPS 22, indica que "la razón de prestadores en 2019 fue de 1.3 por 1 000 habitantes en departamentos con un nivel del desarrollo robusto, mientras que la disponibilidad en departamentos con nivel de desarrollo temprano fue de 0.5 prestadores por 1 000 habitantes. En Colombia se encuentran habilitadas 20.312 IPS[84]. Existen diferencias regionales en la infraestructura disponible para la atención que requiere la población para promover, proteger y recuperar la salud; en las zonas rurales no se cuenta con infraestructura suficiente ni en cantidad, ni en distribución, ni en calidad en todo el territorio nacional (en 630 municipios no existen sedes esta zona y en 492 municipios se encuentra una sola),

84 Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS Fecha de corte: 2023-01-5

La mayor concentración de sedes de IPS se encuentra en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga. La brecha de la infraestructura afecta las regiones de mayor rezago social, lo que ha impedido el acceso a la población más vulnerables para una atención efectiva en salud. la ENCV indican que la población indígena se ven particularmente afectada por esta situación, reportando que un 6.9% de estos grupos minoritarios no buscaron atención en salud por esta condición, en comparación con un 1.2% de aquellos que no se identifican como población indígena



Mapa 5. Distribución de IPS habilitadas en Colombia
https://www.sispro.gov.co/central-gestion-del-conocimiento/Pages/Modulo-geograficoprestaciones.aspx

Pese a los esfuerzos del país por avanzar en la descentralización la efectividad y eficiencia de las autoridades locales se ve muchas veces limitada por temas como la débil institucionalidad de las estructuras locales, la alta rotación e inestabilidad del personal, debilidad en el acceso a comunicación y tecnologías.

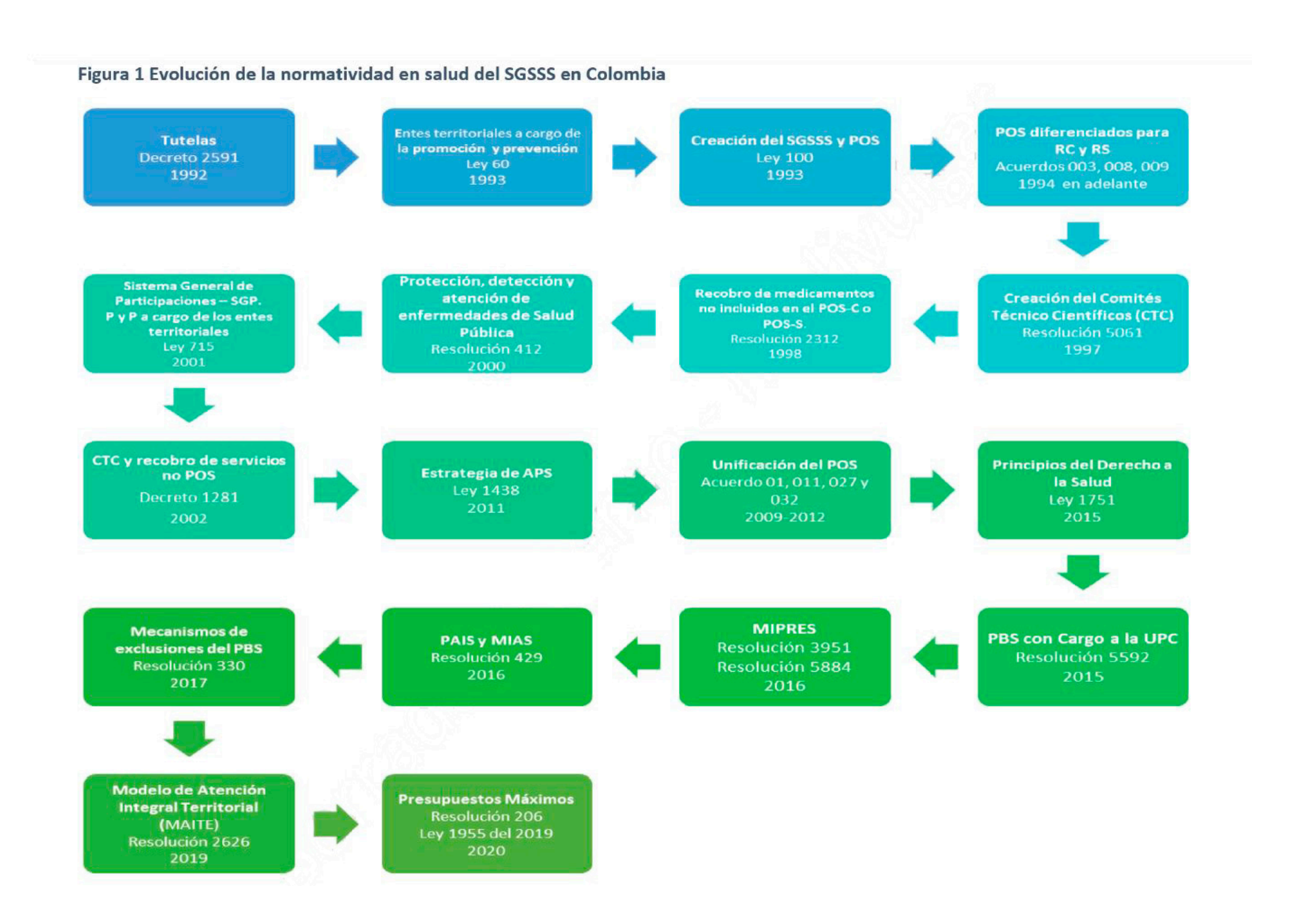
Importante considerar en el marco de las barreras financieras que aún existe un porcentaje de la población sin cobertura, específicamente la población migrante, la población pobre no asegurada (PPNA) que no alcanza la clasificación mínima para afiliarse al régimen subsidiado y poblaciones especiales que no se encuentra afiliadas a ningún régimen en salud[85]

En síntesis, analizado el esfuerzo realizado y reconociendo importantes avances en la cobertura, corresponde avanzar ahora al acceso universal (proporcionar atención de salud con calidad y seguridad para todas las personas, todos los servicios necesarios, sin barreras de pago).

Analizadas el conjunto de iniciativas y estrategias que han buscado fortalecer la salud pública y la atención primaria en salud (APS) en el país, el estudio identifica la dificultad que han tenido para concretarse, teniendo en cuenta la visión asistencial-curativa que ha acompañado al SGSSS y la heterogeneidad en las capacidades de los entes territoriales (5) Figura 1. Sin duda el incremento de las quejas y reclamos, así como de las tutelas solicitando el acceso a servicios de salud (7–12) evidencia que es a través de las estructuras legislativas que la ciudadanía busca protección especial para lograr ejercer su derecho a la salud (6).

85 Ministerio de Salud y Protección Social. Poblacion pobre no asegurada [Internet]. [cited 2022 Oct 24]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/poblacion-pobre-no-asegurada.aspx

Figura 1 Evolución de la normatividad en salud del SGSSS en Colombia



Fuente: Organización Panamericana de la Salud: Medición y Abordaje de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones en situación de vulnerabilidad. Washington DC:OPS, 2023 (En preparación) elaboración equipo OPS

3. Evolución de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

El SGSSS se financia básicamente con recursos fiscales y parafiscales. Los recursos fiscales se derivan de los aportes del Presupuesto General de la Nación, del Sistema General Participaciones, de las rentas cedidas a las entidades territoriales por la operación y explotación de monopolios rentísticos, y de los recursos propios de los departamentos y municipios. Por su parte, los recursos parafiscales comprenden los aportes de los cotizantes al régimen contributivo y los recursos del subsidio familiar que recaudan las Cajas de Compensación Familiar – CCF provenientes del aporte parafiscal[86] sobre la nómina.

Los ingresos del SGSSS representan en promedio 5,3% del PIB entre los años 2018 y 2023[87]. Los más representativos corresponden a las cotizaciones y los aportes de la Nación, seguidos de los recursos del Sistema General de Participaciones – SGP en salud.

Las cotizaciones de los afiliados al sistema incluyen los aportes del régimen contributivo y de solidaridad de los regímenes especiales y de excepción. En los últimos 6 años (2018-2023) han tenido una participación promedio del 37,8% sobre el total de ingresos, y para la vigencia 2023 es el rubro más representativo con el 34,0%. El Presupuesto General de la Nación - PGN corresponde a aportes para la universalización de la cobertura del aseguramiento y la unificación de los planes de beneficios e incluye los recursos de FONSAT[8829] y contribución del SOAT[8930], así como recaudo por municiones y explosivos, que en conjunto representan en promedio el 34,9% de los ingresos en los últimos 6 años.

El Sistema General de Participaciones – SGP en salud, que corresponde a subsidios a la demanda de propiedad de las entidades territoriales, ha tenido una participación promedio de 17,1% del total de ingresos en el periodo 2018-2023, y en 2023 alcanza apenas el 14,6%. Adicionalmente, otros recursos conformados por rentas cedidas por entidades territoriales: Coljuegos, aportes de las Cajas de Compensación Familiar, multas, sanciones e intereses de mora, el impuesto social a las armas. los aportes de USPEC[90], FONPET[91], FONSAET[92]; los recursos recaudados por la UGPP[7] y los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes, los que alcanzaron en promedio el 9,0% de participación en el último sexenio y en la vigencia 2023 llegarán a solamente al 6,5%.

Por otro lado, en este periodo los proyectos de inversión sectoriales en salud financiados con Presupuesto General de la Nación tuvieron una participación promedio anual de 1,0% frente al total de recursos. A su turno, las fuentes recurrentes utilizadas por las entidades territoriales para financiar el componente de salud pública, diferentes al SGP, tuvieron una participación promedio anual de 0,2% (Gráfico 9).

86 Eventualmente, bajo la denominación de parafiscales cabrían también los recursos provenientes del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que financian la atención de víctimas de accidentes de tránsito y de eventos catastróficos naturales y terroristas, a través de la cuenta ECAT del FOSYGA y que en algunos años han financiado el régimen subsidiado de salud.

87 Para este cálculo, se excluyeron recursos provenientes del Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME.

88 Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – FONSAT.

89 Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT.

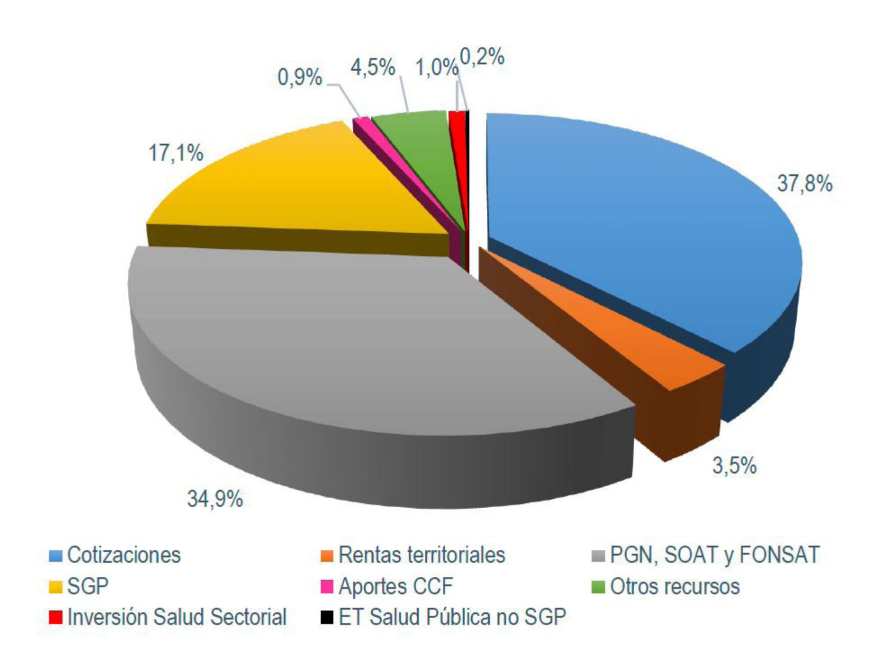
90 Unidad De Servicios Penitenciarios y Carcelarios – USPEC.

91 Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales – FONPET.

92 Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.

Gráfico 9. Fuentes de recursos del SGSSS

Fuentes de recursos del SGSSS
Porcentajes promedio de participación 2018 - 2023



Fuente: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. No incluye Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME, ni Sistema Nacional de Residencias Medicas - SNRM. Otros recursos: multas, sanciones e intereses de mora; el impuesto social a las armas, aportes de USPEC, FONPET, FONSAET, los recursos recaudados por la UGPP y los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes.

Los ingresos mencionados financian principalmente los gastos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud que le otorga a la población del territorio nacional el acceso a los servicios y tecnologías en salud autorizadas en el país, mediante la Unidad de Pago por Capitación (UPC) así como los servicios y tecnologías financiados a través del reconocimiento de presupuestos máximos y recobros que se paga a las EPS.

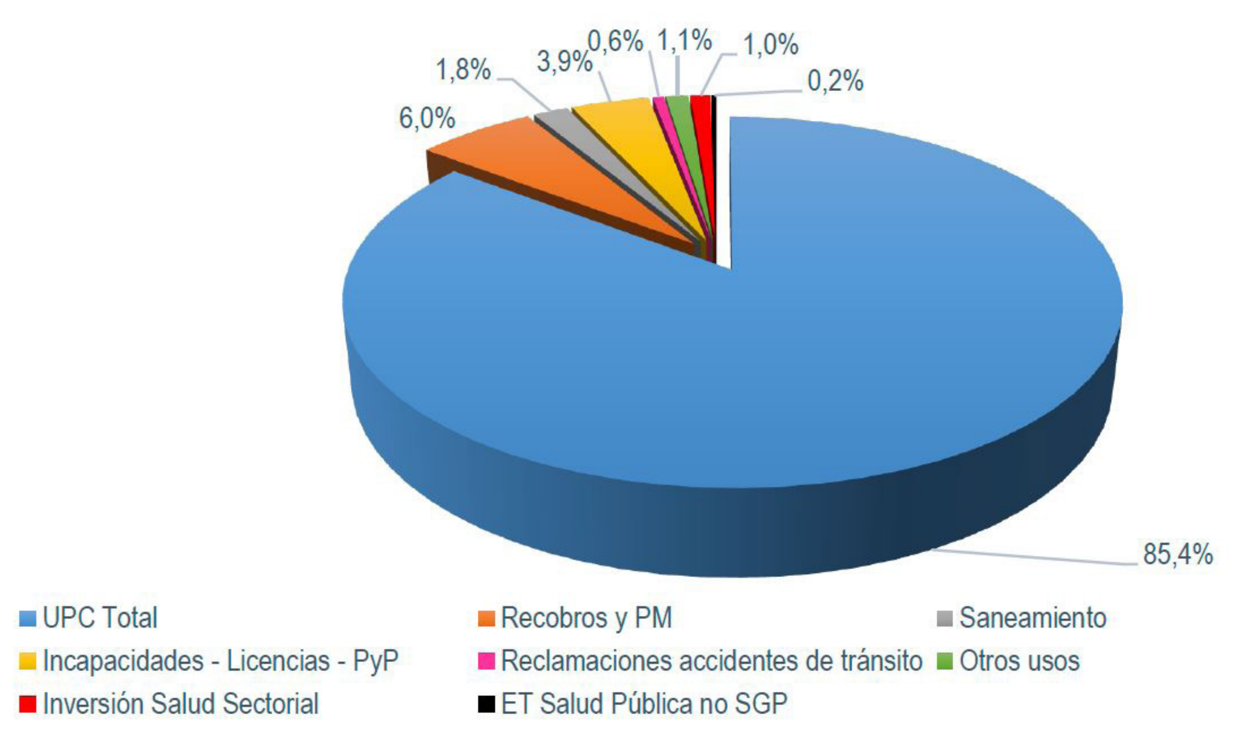
La totalidad de usos del SGSSS representan en promedio el 5,3% del PIB en los últimos 6 años.

Para el periodo comprendido entre 2018 y 2023, los usos más representativos son los destinados para el reconocimiento de la UPC a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado con un promedio del 85,4% del total, y un crecimiento anual promedio de 12,9% en dicho período. En 2023, la UPC representó el 88,2%. En segundo orden, los presupuestos máximos y los recobros representaron en promedio el 6,0% en este periodo, seguido por incapacidades, licencias y programas de promoción y prevención con una participación promedio del 3,9%.

Por último, los demás usos incluyen las reclamaciones con cargo al SOAT, programas del Ministerio de Salud y Protección Social, funcionamiento de la ADRES y la Supersalud, recursos de destinación específica, sentencias y conciliaciones, apoyo financiero y fortalecimiento patrimonial a las entidades del sector salud, entre otros, y en conjunto tienen una participación promedio de 6,5% (Gráfico 10).

Gráfico 10. Usos de recursos del SGSSS

Usos del SGSSS
Porcentajes promedio de participación 2018 a 2023



Fuente: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. No incluye Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME ni Sistema Nacional de Residencias Médicas - SNRM.

En los últimos seis años, las fuentes han dependido en su mayoría del aporte creciente del Presupuesto General de la Nación para lograr el cierre financiero al final de cada una de las vigencias, teniendo en cuenta el aumento anual promedio de 12,9% de la UPC frente al 8,6% de aumento anual promedio de las cotizaciones, y un crecimiento anual promedio de 21,4% del Presupuesto General de la Nación asignado al aseguramiento en salud y otros programas.

4. Incremento progresivo de la UPC

Para entender la problemática del sistema de salud colombiano, sin caer en errores conceptuales, es necesario hacer una distinción entre el aseguramiento social y el aseguramiento privado. El aseguramiento privado es voluntario, se basa en la aversión al riesgo que las personas tienen por la incertidumbre derivada de eventos adversos de salud (Ruiz Gómez, 2013). La aversión al riesgo es una característica de la conducta de la mayor parte de las personas de cara a la ocurrencia de los previsibles gastos por hechos catastróficos que ponen en riesgo la vida y afectan sus finanzas personales.

La Unidad de Pago por Capitación es la prima que se le reconoce a cada una de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) por la prestación de los servicios y tecnologías en salud establecidos en el correspondiente acto administrativo.

En el aseguramiento social, dado que las características de la cobertura son reguladas y el precio está previamente establecido a través de la Unidad de Pago por Capitación UPC, la operación del asegurador social se orienta a la afiliación de personas para mantener un pool de riesgo equilibrado y a efectuar la compra de servicios a la red prestadora.

Desde el punto de vista regulatorio, las condiciones de funcionamiento del aseguramiento social son determinadas desde los intereses de la función de bienestar social del Estado. Los aseguradores sociales deben orientarse hacia el cumplimiento de un conjunto de normas establecidas y determinadas a través de los planes de beneficios y de las condiciones reglamentarias de funcionamiento determinadas por el Estado.

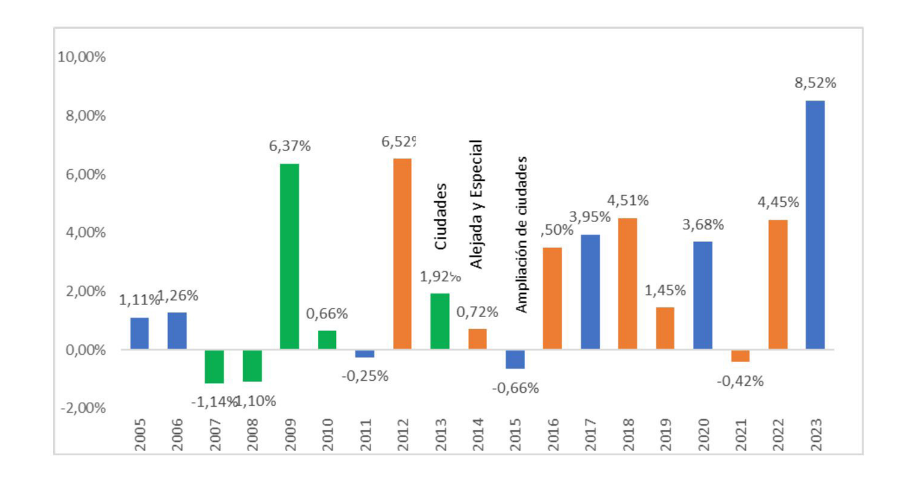
Ahora bien, la UPC se estima anualmente teniendo en cuenta las tecnologías y servicios de salud que deben ser financiados con dicha prima; así a lo largo de los años ha evolucionado con el fin de garantizar la oportunidad de la prestación de los servicios según las necesidades de los afiliados y que responda a las diferentes tecnologías que son necesarias para el tratamiento de las patologías, tal como se muestra en el Gráfico 7, donde se puede observar el crecimiento real, a precios constantes del 2023, de la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo en periodo de tiempo comprendido entre el 2005 y 2023, es importante anotar que el modelo que estima la UPC es un modelo prospectivo razón por la cual se estima bajo los supuestos macroeconómicos del país, los cuales pueden diferir de la realidad al final del periodo, lo cual explica la variación negativa en los años 2007, 2008, y 2021.

La UPC tiene en cuenta ajustadores de riesgo como edad, sexo y ubicación geográfica; estos han sufrido modificaciones de la siguiente manera en el periodo comprendido entre el 2008 y 2010: se ajustaron los ponderadores de edad y sexo con el fin de reconocer mejor la situación de riesgo por condición etaria y según sexo del país. Este ajuste se repitió en el año 2013, además de que se modificó la zonificación del país, pasando de 8 municipios conurbados a 31 ciudades; en el 2014 se actualizaron las zonas por dispersión geográfica, pasando de 169 municipios a 363, y por las condiciones de geográficas de salud se introdujo la zona alejada que corresponde al Archipiélago de San Andrés y Providencia.

Así mismo, la Ley 1438 de 2011 estableció que debe realizarse una actualización integral cada dos años: 2012, 2014, 2016, 2018, 2019, 2021 y 2022, esta última fue una de las más grandes dado que la mayoría de tecnologías y servicios de salud financiados con el mecanismo de pago, denominados presupuestos máximos, pasaron a ser financiados con la UPC, en respuesta a la insostenibilidad del financiamiento previsto para la inclusión de nuevas tecnologías y al mandato de la Ley Estatutaria y la jurisprudencia de la Corte Constitucional

Gráfico 11.

Crecimiento de la Unidad de Pago por Capitacion UPC del Régimen Contributivo 2005-2023 (a precios constantes 2023)



Fuente: Acuerdos del CNSSS, CRES y Resoluciones de Ministerio de Salud y Proteccion Social. DANE.

En cuanto al régimen subsidiado, desde la expedición de la Ley 100 de 1993 se planteó la unificación de los planes de beneficios, la cual debía realizarse al culminar el año 2000, sin embargo, fue hasta el año 2012 que se realizó la unificación total, entre otras razones, en respuesta a las órdenes emitidas por la Honorable Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760-08. Así mismo, en aras de garantizar la prestación oportuna de los servicios de salud se ha definido la UPC necesaria para la financiación de las tecnologías y servicios de salud definidos en cada uno de los años. Así, se han observado importantes incrementos a precios constantes (Gráfico 12).

El grafico 12 presenta el crecimiento real, a precios del año 2023, de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la mayoría de los años con excepción del año 2011 y 2022 el crecimiento estuvo ligado al incremento del Régimen Contributivo, la razón principal fue la baja calidad de la información del Régimen Subsidiado, sin embargo presenta algunas diferencias debido a que en un año se promulgaron dos o más actos administrativos derivados de actualizaciones puntuales, como en el año 2008 donde se amplió el plan de beneficios para el régimen subsidiado, en los años 2009, 2010, 2011, y 2012 se unificaron los planes de beneficios y se realizó una actualización integral, lo anterior provocó diferencias en los crecimientos entre regímenes

Es importante aclarar que desde el año 2012 se unificaron los planes de beneficios entre regímenes, pero no fue así con la Unidad de Pago por Capitación, conservándose una diferencia entre los regímenes derivado de los gastos de administración que difieren entre el 8% para el régimen subsidiado y el 10% para el régimen contributivo.

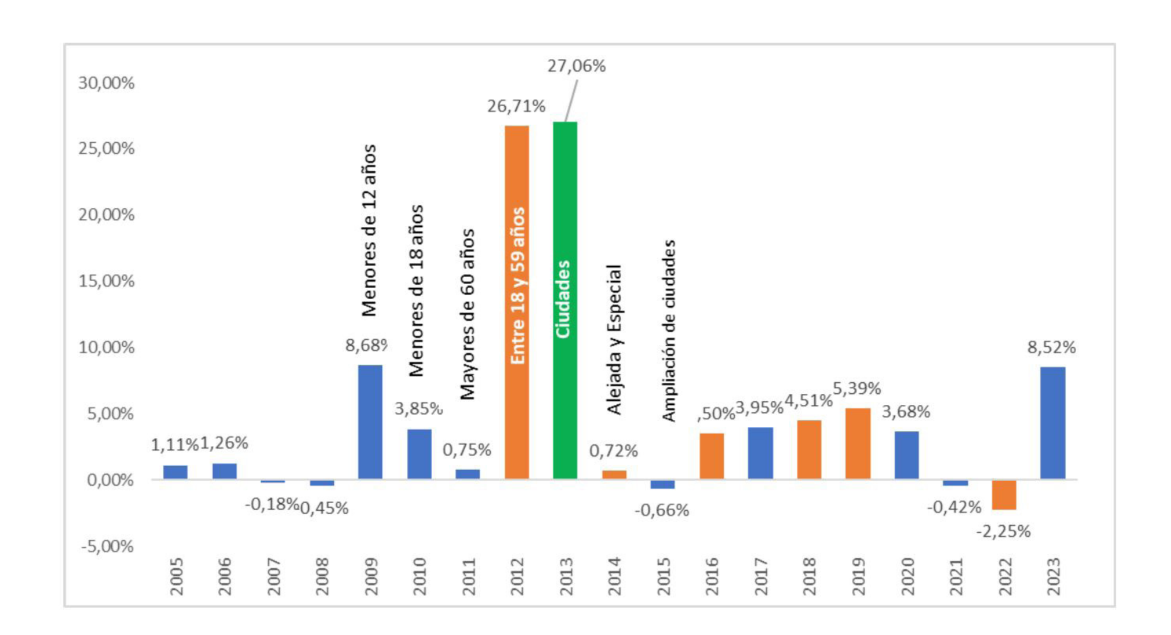


Gráfico 12. Crecimiento de la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado 2005-2023 (a precios constantes 2023)

Fuente: Acuerdos del CNSSS, CRES y Resoluciones de Ministerio de Salud y Proteccion Social. DANE.

Actualmente, el cálculo de la UPC utiliza un modelo de ajuste de riesgo basado en Celdas y el método actuarial de razón de pérdida, con 56 grupos de riesgo para cada régimen, representados por 12 grupos de edad, sexo y cuatro regiones. El ajuste de riesgo es un mecanismo que tiene como objetivo lograr una distribución equitativa del presupuesto entre los diferentes aseguradores, dado el riesgo en salud de los afiliados.

En esa vía, Duncan, Mejía y Ahmed (2022) de la Universidad de California, Santa Barbara (UCSB), en convenio con ANIF, desarrollan una propuesta metodológica para evaluar el ajuste de riesgo actual en Colombia, frente a uno que incluya adicionalmente las condiciones de salud. Los autores concluyen que existe la posibilidad de selección adversa en el mercado de aseguramiento actual y la desprotección de las enfermedades más costosas. Así, el modelo de ajuste de riesgo basado en condiciones podría mejorar la distribución de recursos y una mejor gestión del riesgo en salud[9334]. La discriminación de las pruebas realizadas y los modelos propuestos en este estudio se pueden observar con detalle en el anexo adjunto a este documento.

Es así como el documento presentado argumenta que: *"Los datos aportados por ANIF muestran que el presupuesto asignado al SGSSS para las reclamaciones del PBS parece ser suficiente en total y que el sistema actual de edad/sexo/territorio parece funcionar razonablemente bien. En total, distribuye cantidades a EPS y cubren los costos de reclamación, con márgenes tanto para la administración, como (en el caso de algunas EPS) ganancias ocasionales"*.

Lo anterior se sustentó de una mejor manera realizando un análisis de suficiencia basados en los índices de siniestralidad, a partir de información recogida en los estados financieros de la Superintendencia Nacional de Salud. Los índices de siniestralidad objetivo para el contributivo son del 90% y del 92% para el subsidiado. Utilizando un enfoque de Wald, concluyen que los índices de siniestralidad de las EPS del régimen contributivo tienden a caer por debajo del índice de siniestralidad objetivo del 90%. Así mismo, que las EPS del régimen subsidiado operan sistemáticamente con índices de siniestralidad inferiores al 92%.

En síntesis, el estudio concluye que las EAPB han estado suficientemente financiadas e incluso operan por debajo de sus índices de siniestralidad objetivos (90% y 92%). Así, entonces, los autores sugieren que el sistema actual reembolsa por encima de los índices de siniestralidad permisibles, y que las EPS tienden a enfrentar índices de siniestralidad constantes a través del tiempo, con cierto nivel de heterogeneidad entre EPS.

La siguiente imagen muestra un perfil de los índices de pérdida de las EPS en el conjunto de datos proporcionado por ANIF. La altura de los puntos negros de conexión corresponde a las relaciones de pérdida de cada EPS para los años 2017, 2018 y 2019, el tamaño de los puntos negros refleja el número de inscritos en cada EPS para los años correspondientes y las líneas naranjas discontinuas indican las relaciones de pérdida objetivo. Se puede observar que la mayoría de las EPS muestran índices de siniestralidad estables a lo largo del tiempo y que estos parecen tender a caer por debajo de los índices de siniestralidad permisibles.

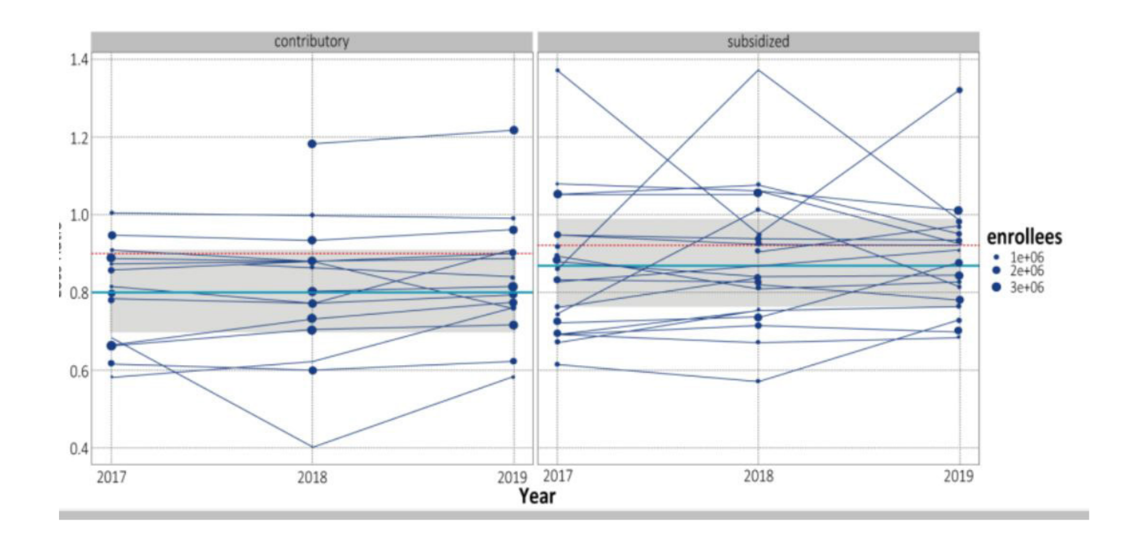
Para poder probar estas hipótesis, se instaló un modelo de efectos mixtos sobre el logaritmo de las relaciones de pérdida observadas. Los resultados más relevantes se muestran en el gráfico 13 Las líneas azules sólidas (80,33% para el régimen contributivo y 86,86% para el régimen subsidiado) y las bandas grises ([70,20%, 91,79%] para el régimen contributivo y [76,00%, 99,31%] para el régimen subsidiado) corresponden a predicciones a nivel de régimen del índice de siniestralidad e intervalos de predicción obtenidos respectivamente del modelo de efectos mixtos. Utilizando un enfoque de Wald, se concluyó que los índices de siniestralidad de las EPS del régimen contributivo tienden a caer por debajo del índice de siniestralidad objetivo del 90% (Duncan, Mejía y Ahmed, 2021).

93 El modelo propuesto es el siguiente: $C"_{!} = f\%\boldsymbol{x}_{!}; \boldsymbol{\theta}*+ = \boldsymbol{x}^{\boldsymbol{T}}_{!}\boldsymbol{\beta}* + \gamma/^{(\$)}$, donde $C"$ corresponde al costo de los procedimientos

$\boldsymbol{x}_{!}$ es un matriz con los componentes de riesgo a ser utilizados, que en este caso serian la edad, sexo, regiones, tal como en el modelo actual, más una serie de condiciones de salud (incluyeron cerca de 261 grupos de condiciones clínicas con algunas interacciones). $\gamma/^{(\$)}$ es un ajuste adicional que equivalente a $\gamma/^{(\$)} = \&$
$\sum ! m_{!} \max(0, C_{!} - c)$.

Gráfico 13.

Índice de siniestralidad según régimen predicciones obtenidas por un modelo de efectos mixtos sobre el logaritmo de las relaciones de pérdida observadas



Finalmente, el estudio al analizar los estados financieros reportados por las EPS evidencia que la relación Ingreso/Costo de estas entidades es suficiente, dando cumplimiento al artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, en la cual se fija el porcentaje de gastos de administración, que no debe superar el 10% para el régimen contributivo y del 8% para el régimen subsidiado. Ahora bien, si se descuenta este porcentaje al ingreso de la UPC para gastos administrativos de las EPS, el cálculo de suficiencia de la UPC registrado en los estados financieros sí cubre los costos y gastos de la prestación de servicios de salud (el análisis detallado se presente en los anexos adjuntos al presente documento).

5. Situación Financiera de las EPS

Las Entidades Promotoras de Salud están obligadas a reportar la información con calidad, pertinencia, oportunidad y razonabilidad en los formatos normatizados para tal fin. Del análisis de tales reportes se presentan los siguientes hallazgos por grupos de EPS.

5.1. Situación Financiera de las EPS

De las EPS activas se presenta el detalle de las EPS y EPSI, clasificadas por tipo de riesgo:

Riesgo Alto.: corresponde a las siete (7) EPS que se encuentran en medida de vigilancia especial, que no cumplen indicadores de condiciones financieras y presentan alto nivel de endeudamiento, así:

						COMPONENTE FINANCIERO					Nivel Riesgo en Salud				
						Cumplimiento Condiciones									
No.	Régimen	Medida Especial	Entidad	No. Afiliados	Cuentas por Pagar	Capital Mínimo	Patrimonio Adecuado	Régimen Inversiones	Nivel de Riesgo	% Cumpl. Res. 497	Nivel Riesgo en Salud	1. Gestión individual del riesgo en salud 25%	2. Gestión de la atención en salud 40%	3. Materialización del riesgo en salud. 25%	4. Modelo de atención 10%
1	RS	SI	ASMET S.A.S	1.993.259	989.128	NO	NO	NO	Alto	32,84%	4. Bajo	4. Bajo	3. Moderado	4. Bajo	3. Moderado
2	RS	SI	EMSSANAR S.A.S.	1.920.977	1.103.747	NO	NO	NO	Alto	**	3. Moderado	3. Moderado	2. Medio Alto	4. Bajo	4. Bajo
3	RS	SI	SAVIASALUD	1.673.345	599.209	NO	NO	NO	Alto		2. Medio Alto	3. Moderado	1. Alto	3. Moderado	2. Medio Alto
4	RC	SI	S.O.S	766.830	504.222	NO	NO	NO	Alto	26,87%	2. Medio Alto	3. Moderado	1. Alto	3. Moderado	3. Moderado
5	RS	SI	ECOOPSOS S.A.S.	362.357	126.131	NO	NO	NO	Alto		3. Moderado	2. Medio Alto	2. Medio Alto	3. Moderado	2. Medio Alto
6	RS	SI	CAPRESOCA	176.965	204.425	NO	NO	NO	Alto	17,91%	1. Alto	1. Alto	3. Moderado	1. Alto	3. Moderado
7	RS	SI	COMFACHOCÓ	174.684	25.229	NO	NO	NO	Alto	22,39%	4. Bajo	1. Alto	4. Bajo	1. Alto	2. Medio Alto
			TOTAL	7.068.417	3.552.091										

Fuente SNS

Riesgo Medio.: corresponde a las tres (3) EPS que se encuentran en medida de vigilancia especial y cumplen dos (2) de los tres (3) indicadores de condiciones financieras de las EPS que no se encuentran en medida de vigilancia especial y no cumplen como mínimo dos (2) de los tres (3) indicadores de condiciones financieras y presentan un nivel medio de endeudamiento, las cuales se presentan a continuación:

						COMPONENTE FINANCIERO					Nivel Riesgo en Salud				
						Cumplimiento Condiciones Financieras									
No.	Régimen	Medida Especial	Entidad	No. Afiliados	Cuentas por Pagar	Capital Mínimo	Patrimonio Adecuado	Régimen Inversiones	Nivel de Riesgo	% Cumpl. Res. 497	Nivel Riesgo en Salud	1. Gestión individual del riesgo en salud 25%	2. Gestión de la atención en salud 40%	3. Materialización del riesgo en salud. 25%	4. Modelo de atención 10%
1	RC	NO	FAMISANAR	3.012.013	833.460	SI	NO	NO	Medio		1. Alto	3. Moderado	1. Alto	2. Medio Alto	1. Alto
2	RS	NO	CAPITAL SALUD	1.177.474	324.893	SI	NO	NO	Medio	*	1. Alto	3. Moderado	1. Alto	1. Alto	3. Moderado
3	RS	SI	COMFAORIENTE	231.036	50.524	SI	SI	NO	Medio	**	1. Alto	1. Alto	4. Bajo	2. Medio Alto	1. Alto
			TOTAL	4.420.523	1.208.877										

Fuente SNS

Riesgo Bajo.: corresponde a las doce (12) EPS que no se encuentran en medida de vºigilancia especial, cumplen al menos dos (2) de los tres (3) indicadores de condiciones financieras y presentan un nivel bajo de endeudamiento, como se detalla a continuación:

						COMPONENTE FINANCIERO					Nivel Riesgo en Salud				
						Cumplimiento Condiciones Financieras									
No.	Régimen	Medida Especial	Entidad	No. Afiliados	Cuentas por Pagar	Capital Mínimo	Patrimonio Adecuado	Régimen Inversiones	Nivel de Riesgo	% Cumpl. Res. 497	Nivel Riesgo en Salud	1. Gestión individual del riesgo en salud 25%	2. Gestión de la atención en salud 40%	3. Materialización del riesgo en salud. 25%	4. Modelo de atención 10%
1	RC - RS	NO	NUEVA EPS	10.010.287	3.402.462	SI	SI	NO	Bajo	**	3. Moderado	3. Moderado	3. Moderado	1. Alto	4. Bajo
2	RC	NO	SANITAS	5.747.454	2.155.638	SI	SI	SI	Bajo	*	4. Bajo	4. Bajo	2. Medio Alto	3. Moderado	3. Moderado
3	RC	NO	SURA	5.154.571	1.666.628	SI	SI	SI	Bajo		4. Bajo	4. Bajo	4. Bajo	4. Bajo	4. Bajo
4	RC	NO	SALUD TOTAL	4.608.397	2.346.889	SI	SI	SI	Bajo		2. Medio Alto	2. Medio Alto	2. Medio Alto	2. Medio Alto	2. Medio Alto
5	RC - RS	NO	COOSALUD S.A.	3.367.522	299.959	SI	SI	SI	Bajo		3. Moderado	2. Medio Alto	2. Medio Alto	3. Moderado	4. Bajo
6	RC - RS	NO	MUTUAL SER	2.555.780	383.228	SI	SI	SI	Bajo	73,13%	2. Medio Alto	4. Bajo	2. Medio Alto	4. Bajo	1. Alto
7	RC	NO	COMPENSAR	2.171.028	669.302	SI	SI	NO	Bajo		1. Alto	2. Medio Alto	1. Alto	2. Medio Alto	2. Medio Alto
8	RS	NO	CAJACOPI	1.523.619	110.907	SI	SI	SI	Bajo	35,82%	2. Medio Alto	4. Bajo	1. Alto	2. Medio Alto	2. Medio Alto
9	RC	NO	CCF. VALLE	298.439	78.343	SI	SI	NO	Bajo	38,10%	2. Medio Alto	1. Alto	2. Medio Alto	4. Bajo	3. Moderado
10	RC	NO	ALIANSALUD	249.469	94.323	SI	SI	SI	Bajo		4. Bajo	4. Bajo	3. Moderado	4. Bajo	2. Medio Alto
11	RS	NO	EPS FAMILIAR	182.421	48.469	SI	SI	SI	Bajo		NA	NA	NA	NA	NA
12	RC	NO	SALUD MÍA EPS	57.612	10.657	SI	SI	SI	Bajo		3. Moderado	2. Medio Alto	4. Bajo	3. Moderado	1. Alto
			TOTAL	35.926.599	11.266.803										

Fuente SNS

Adicionalmente, se presenta en detalle el caso de las EPS indígenas clasificadas por tipo de riesgo, usando los mismos criterios de clasificación mencionados anteriormente. Así, dos (2) EPSI se encuentran en riesgo alto, dos (2) EPSI se encuentran en riesgo medio y una (1) en riesgo bajo, así:

					COMPONENTE FINANCIERO					
					Cumplimiento Condiciones Financieras					
No.	Medida Especial	Entidad	No. Afiliados	Cuentas por Pagar	Patrimonio Mínimo	Margen Solvencia	Régimen Inversiones	Nivel de Riesgo	% Cumpl. Res. 1848/17	Nivel Riesgo en Salud
1	NO	AIC	564.464	264.378	NO	SI	NO	Medio		NA
2	NO	MALLAMAS	376.717	154.891	NO	SI	NO	Medio		NA
3	NO	PIJAOS	109.512	102.610	NO	NO	NO	Alto		NA
4	NO	ANAS WAYUU	263.251	56.237	SI	SI	NO	Bajo		NA
5	SI	DUSAKAWI	269.069	SD	NO	NO	NO	Alto		NA
		TOTAL	1.313.944	578.116						

Fuente SNS

5.2. Deudas reconocidas por EPS activas con IPS: Cuentas por pagar por edades y acreedores para fines de supervisión

La información que se presenta a continuación corresponde a la totalidad de las cuentas por pagar reportadas por las EPS y EPSI través del sistema NRVCC en el Archivo Tipo FT004 – Cuentas por pagar y acreedores a corte octubre de 2022–,en los campos cuentas por pagar en mora, donde se registran el valor nominal de las cuentas por pagar de acuerdo con el tiempo que ha transcurrido luego de vencido el plazo establecido por la entidad acreedora para su reconocimiento (Tabla 1).

Tabla 1. Deudas vencidas de las EPS y EPSI según periodo de vencimiento

Cifras en Millones de Pesos

EPS - EPSI	No Vencidas	Mora 30 días	Mora 60 días	Mora 90 días	Mora 180 días	Mora 360 días	Mayor 360 días	Total CxP
ASMET S.A.S	51.124	191.249	156.980	107.226	218.940	167.179	96.431	989.128
EMSSANAR S.A.S	544.683	115.381	101.507	71.182	140.922	123.969	6.103	1.103.747
SAVIASALUD	23.515	147.049	120.614	63.396	30.281	43.020	171.335	599.209
S.O.S.	303.547	23.983	24.371	6.985	48.678	37.423	59.234	504.222
ECOOPSOS S.A.S	38.007	28.215	15.668	7.261	12.345	6.733	17.901	126.131
CAPRESOCA	-78.287	61.789	38.966	48.916	33.767	32.338	66.937	204.425
COMFACHOCÓ	10.981	1.668	3.767	741	4.297	490	3.284	25.229
FAMISANAR	256.237	171.159	155.055	54.416	45.836	45.314	105.443	833.460
CAPITAL SALUD	167.255	27.725	17.725	13.828	36.076	41.400	20.885	324.893
COMFAORIENTE	21.683	11.688	5.730	4.032	1.601	5.338	452	50.524
NUEVA EPS	2.875.798	125.439	96.054	48.596	68.743	61.680	126.150	3.402.462
SANITAS	1.584.885	143.878	44.851	21.891	360.133			2.155.638
SURA	1.054.359	462.311	113.023	2.550	4.942	8.051	21.391	1.666.628
SALUD TOTAL	2.192.158	35.571	2.925	2.749	9.709	36.652	67.126	2.346.889
COOSALUD S.A	169.712	20.180	12.560	23.159	25.369	15.014	33.965	299.959
MUTUAL SER	284.469	33.442	12.204	9.273	7.102	14.043	22.694	383.228
COMPENSAR	524.841	64.421	12.297	10.346	32.193	25.204		669.302
CAJACOPI	37.701	18.625	7.269	16.058	18.440	12.174	640	110.907
CCF. VALLE	60.290	7.499	1.602	399	1.707	6.425	421	78.343
ALIANSALUD	68.900	15.638	408	541	1.305	708	6.823	94.323
EPS FAMILIAR	26.351	10.288	2.278	9.513	39			48.469
SALUD MÍA EPS	10.402	38	38	29	5	62	82	10.657
AIC		158.712	20.624	15.174	18.750	29.497	21.620	264.378
MALLAMAS	9.069	138.917	2.473	254	1.034	2.120	1.024	154.891
PIJAOS	38.245	11.503	9.259	7.103	11.513	16.566	8.420	102.610
ANAS WAYUU		35.365	9.290	6.652	4.930			56.237
TOTAL	**10.275.924**	**2.061.732**	**987.541**	**552.272**	**1.138.658**	**731.399**	**858.360**	**16.605.887**

Fuente SNS

5.3. Deudas de EPS en liquidación y liquidadas

En Tablas 2 a 4 se presenta la desagregación de las EPS que a la fecha de elaboración del presente informe corresponden a: i) EPS en proceso de liquidación, ii) EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados (2016-2022), iii) EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados (2003-2015).

Tabla 2. Deudas vencidas de las EPS en Proceso de Liquidación según periodo de vencimiento

Cifras en Millones de Pesos

N°	Razón Social	Total	**Fuente** de Información
1	Saludcoop EPS	2.506.726	FT-015 CE016 2016
2	Saludvida S.A.	1.503.340	Informe de gestión del liquidador
3	Emdisalud E.S.S. EPS	204.923	FT-015 CE016 2016
N°	**Razón Social**	**Total**	**Fuente** de Información
4	Comfacundi	8.539	FT-015 CE016 2016
5	Comfacartagena	170.639	FT-015 CE016 2016
6	Ambuq	118.375	FT-015 CE016 2016
7	Comparta	330.993	FT-015 CE016 2016
8	Coomeva	185.378	FT-015 CE016 2016
	Total	**5.028.913**	

Fuente SNS

Nota: los valores pueden modificarse en decrecimiento a medida que avanza el proceso de liquidación

Tabla 3. Deudas vencidas de las EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados (valores indexados 2016-2022)

Cifras en Millones de Pesos

N°	Razón Social	Total General	Fecha Liquidación	**Fuente** de Información	Valor indexado a Diciembre de 2022 CxP PSS
1	Manexca EPS		23/03/2021	FT015 CE016 2016	-
2	Cafesalud S.A.	1.244.658	23/05/2021	Informe de gestión del mandatario	1.455.615
3	Comfama	0	12/12/2018	FT015 CE016 2016	-
4	Comfenalco Antioquia	0	11/05/2016	FT015 CE016 2016	-
5	Comfenalco Tolima	0	30/09/2016	FT015 CE016 2016	-
6	Cruz Blanca S.A.	222.358	7/04/2022	Informe de gestión del mandatario	241.049
7	Comfaboy	0	23/05/2022	Informe de gestión del mandatario	-
8	Comfacor	274.904	29/01/2021	Informe de gestión de la CCF	328.465
	Total	**1.741.920**			**2.025.130**

Fuente SNS

Tabla 4. Deudas vencidas de las EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados (valores indexados a diciembre de 2022, 2003-2015)

Cifras en Millones de Pesos

Núm	Nombre EPS	Régi men	Fecha Liquida-ció n	Valor Revisado CxP PSS**	**Fuente** de Informa-ción	Valor indexado a diciembre de 2022 CxP PSS
1	MUTUAL ESS DE ARMENIA AMESS	RS	8/01/2003	36	Informe de Gestión Liquidador	92
2	MUTUAL CAMPESINA SALUD BOLIVAR	RS	10/03/2003	4.086	Informe de Gestión Liquidador	10.102
3	FONDO PROSEGURIDAD SOCIAL DE LOTEROS Y VENDEDORES DE APUESTAS ESS	RS	19/05/2003	22	Informe de Gestión Liquidador	52
4	MUTUAL PARA EL BUEN VIVIR AMPEBIV	RS	21/05/2003		Informe de Gestión Liquidador	
5	MUTUAL PARA LA SALUD DESARROLLO Y FUTURO TIMBIANO	RS	20/06/2003		Sin información	
6	MUTUAL DE INZA	RS	20/06/2003		Sin información	
7	COOPERATIVA DE SALUD DEL NORTE "SALUD NORTE ESS"	RS	27/06/2003	1.592	Informe de Gestión Liquidador	3.832
8	COOPERATIVA DE SALUD ECOOPSALS ESS	RS	15/07/2003	7	Informe de Gestión Liquidador	17
9	COOPERATIVA INTEGRAL DE SALUD ESS COINSALUD	RS	30/09/2003	5	Otro	11
10	MUTUAL PIENDASALUD ESS	RS	5/10/2003	364	Informe de Gestión Liquidador	874
11	COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD DE CUNDAY ECOOPSCUNDAY	RS	15/12/2003	8	Informe de Gestión Liquidador	20
12	MUTUAL LA INMACULADA ESS	RS	26/12/2003	103	Informe de Gestión Liquidador	247
13	COOVIDA ESS CAR-TAGENA	RS	30/12/2003		Sin información	
14	COOPERATIVA DEL MUNICIPIO DE MONTERREY "ESS COOPREGIOSALU D LTDA."	RS	30/12/2003		Sin información	
15	CALISALUD EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RC	30/12/2003		Otro	
16	ASOCIACIÓN PARA LA SALUD SOLIDARIA DE LA ARGENTINA ESS	RS	1/02/2004	217	Informe de Gestión Liquidador	512
17	COOEMSALUD ESS HUILA	RS	31/03/2004	150	Informe de Gestión Liquidador	349

18	MUTUAL DE LOS ANDES AMUANDES ESS	RS	10/04/2004	401	Informe de Gestión Liquidador	923
19	ASOCIACIÓN SOLIDARIA DE SALUD ASTREA	RS	16/04/2004		Informe de Gestión Liquidador	
20	COOPERATIVA “COOPSOLSA”	RS	30/04/2004	464	Otro	1.069
21	MUTUAL LA NUEVA ESPERANZA ESS DE GUAPI	RS	6/05/2004	37	Informe de Gestión Liquidador	84
22	LA SUIZA DE AMÉRI-CA EPS	RS	26/05/2004	1	Informe de Gestión Liquidador	2
23	BONSALUD	RC	31/05/2004		Sin información	
24	COOPERATIVA SALUD Y VIDA ESS COOPSAVID	RS	31/05/2004	224	Otro	514
25	COOPERATIVA ALCA-TRAZ LTDA. ESS	RS	18/08/2004	93	Informe de Gestión Liquidador	210
26	ASOCIACIÓN EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE MAICAO	RS	7/09/2004		Seleccione	
27	EPS BARRANQUILLA SANA	RC - RS	27/12/2004		Informe de Gestión Liquidador	
28	MUTUAL DE SALUD DE VALLEDUPAR	RS	27/12/2004	30	Informe de Gestión Liquidador	69
29	COOPERATIVA DE LA NUEVA ESPERANZA DE CURUMANI ESS	RS	27/12/2004		Sin información	
30	CORPORACIÓN SA-LUD PARA PIVIJAI CORSAPIVI	RS	25/01/2005		Informe de Gestión Liquidador	
31	COOPERATIVA PARA SOLEDAD COOPSASOL	RS	25/01/2005		Otro	
32	COOPERATIVA LA MAGDALENA LTDA ESS	RS	8/02/2005		Informe de Gestión Liquidador	
33	COOPERATIVA DE BALBOA RISARALDA “ESSBALBOA”	RS	14/02/2005	2	Informe de Gestión Liquidador	3
34	MUTUAL DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE QUIMBAYA ESS	RS	14/02/2005	41	Informe de Gestión Liquidador	91
35	ASOCIACIÓN MUTUAL DE CHIA ESS	RS	31/03/2005	11	Informe de Gestión Liquidador	24
36	COOPERATIVA DEL ORIENTE DE CUNDINAMARCA ECOSORIENTE ESS	RS	31/03/2005		Informe de Gestión Liquidador	
37	MUTUAL ESS ASO-MESS	RS	31/03/2005	12	Informe de Gestión Liquidador	27

38	COOPERATIVA DE SALUD PARA EL BIENESTAR FAMILIAR COOSABFAM	RS	13/04/2005	197	Informe de Gestión Liquidador	432
39	COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL CARIBE COOPSACARIBE	RS	15/04/2005	27	Informe de Gestión Liquidador	60
40	EPS DE RISARALDA S.A.	RC	12/05/2005	2.052	Informe de Gestión Liquidador	4.480
41	EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ES MÁS SALUD ORGANIZACIÓN COOPERATIVA	RS	31/05/2005	3.029	Otro	6.614
42	ASOCIACIÓN FAMILIA Y SALUD "FAMISALUD"	RS	31/05/2005		Informe de Gestión Liquidador	
43	CORPORACIÓN ESS DEL CARIBE SOLCARIBE	RS	20/06/2005	792	Informe de Gestión Liquidador	1.722
44	COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE SALUD PARA LA FAMILIA COLOMBIANA SALUD FAMILIA LTDA ESS	RS	23/06/2005		Sin información	
45	COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD COOPDESA ESS	RS	23/06/2005	565	Informe de Gestión Liquidador	1.228
46	COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VERGARA ECOOPSVERGARA	RS	24/06/2005		Sin información	
47	MUTUAL FAMILIAS UNIDAS DE ANTIOQUIA ESS	RS	24/06/2005	2.510	Informe de Gestión Liquidador	5.458
48	COOPERATIVA DE SALUD DE LA COSTA SALUD COSTA ESS	RS	24/06/2005		Informe de Gestión Liquidador	
49	COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESPINAL ESS	RS	24/06/2005	149	Otro	324
50	COOPERATIVA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ARAUCA ESS COOPSOSALUD	RS	27/06/2005	438	Informe de Gestión Liquidador	952
51	COOPERATIVA DE SALUD DE ARAUQUITA COOPSA LTDA	RS	27/06/2005	143	Informe de Gestión Liquidador	310
52	MUTUAL DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL PARA FUNDACION AMSA-LUD	RS	28/06/2005		Sin información	

53	CORPORACIÓN SALUD PARA PUEBLO VIEJO COR-SAPUE	RS	29/06/2005		Informe de Gestión Liquidador	
54	MUTUAL PERMANENTE DE VALENCIA AMSAP	RS	30/06/2005		Sin información	
55	MUTUAL EL BUEN VIVIR CAMPO DE LA CRUZ ATLÁNTICO ESS	RS	7/07/2005		Informe de Gestión Liquidador	
56	MUTUAL VIDA Y SALUD AMVISALUD ESS	RS	7/07/2005	383	Informe de Gestión Liquidador	829
57	COOPERATIVA DE SALUD LA ESPERANZA DE SOGAMOSO COESPERANZA LTDA ESS	RS	29/07/2005	524	Informe de Gestión Liquidador	1.135
58	MUTUAL SALUD Y PROGRESO DEL SUROCCIDENTE DE BARRANQUILLA ESS	RS	4/08/2005		Informe de Gestión Liquidador	
59	MUTUAL FUTURO ESS DE PIOJÓ LIQUIDADA	RS	2/09/2005	216	Informe de Gestión Liquidador	468
60	MUTUAL EL BUEN VIVIR ESS DEL RIO QUITO	RS	17/09/2005		Informe de Gestión Liquidador	
61	MUTUAL ACTIVA SALUD	RS	27/09/2005		Otro	
62	MUTUAL SOLIDARIA PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO INTEGRAL DE SANTA MARTA ASMUSALUD	RS	30/09/2005	699	Informe de Gestión Liquidador	1.512
63	MUTUAL SOLIDARIA PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO INTEGRAL DE SABANA DE TORRES ESS	RS	13/10/2005		Sin información	
64	ASOCIACIÓN GOLFO DE TRIBUGA ESS DEL MUNICIPIO DE NUQUI	RS	26/10/2005		Informe de Gestión Liquidador	
65	COOPERATIVA INTEGRAL DE SALUD DE BUCARAMANGA LTDA COISBU LTDA ESS LIQUIDADA	RS	22/11/2005	121	Informe de Gestión Liquidador	261
66	EMPRESA PROMOTORA DE SA-LUD CONDOR S.A.	RC	16/12/2005		Informe de Gestión Liquidador	

67	MUTUAL EL BUEN SAMARITANO DE SAN BERNARDO DEL VIENTO "AMBUSANBER" ESS	RS	31/12/2005		Informe de Gestión Liquidador	
68	MUTUAL DE SALUD DEL SINU AMUSS	RS	30/01/2006		Informe de Gestión Liquidador	
69	MUTUAL DE SALUD DE LORICA AMUSAL ESS	RS	30/01/2006		Seleccione	
70	MUTUAL SOLIDARIA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE ARACATACA AMUSAMAG ESS	RS	27/01/2006		Informe de Gestión Liquidador	
71	UNIMEC EPS S.A.	RC - RS	28/03/2006		Informe de Gestión Liquidador	
72	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SELVASALUD	RC	19/04/2006		Otro	
73	COOPERATIVA PARA EL DESARROLLO SOCIAL EN SALUD LTDA COESSALUD LTDA SAN GIL SANTANDER	RS	6/05/2006		Informe de Gestión Liquidador	
74	CAPRESOCA EM-PRESA PROMOTORA DE SALUD (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO)	RC	23/06/2006		Otro	
75	ASOCIACION DE ENTIDADES TRADICIONALES EMMANUEL EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	EPSI	30/06/2006		Sin información	
76	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR ASFAMILIAS	RS	16/07/2006		Informe de Gestión Liquidador	
77	MUTUAL MILAGRO DE DIOS-RIO SUCIO CHOCÓ	RS	26/07/2006		Informe de Gestión Liquidador	
78	MUTUAL PLAYAS DEL PACIFICO ESS DE BAHIA SOLANO	RS	26/07/2006		Informe de Gestión Liquidador	
79	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD CONVIDA (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO)	RC	13/07/2006	212	Informe de Gestión Liquidador	442
80	ASOCIACIÓN GUAVIARE 2000 ESS	RS	22/09/2006		Sin información	
81	EPS CALDAS S.A.	RC - RS	31/03/2007		Sin información	
82	CCF COMFENALCO QUINDIO (RÉGIMEN SUBSIDIADO)	RS	30/06/2007		Sin información	

83	COMCAJA A.R.S.	RS	30/11/2012	121	Otro	196
84	COMFENALCO SAN-TANDER	RS	24/03/2014		Informe de Gestión Liquidador	
85	CALISALUD EPS	RS	30/04/2014	36.508	Informe de Gestión Liquidador	56.959
86	SOLSALUD S.A. EPS	RC - RS	6/06/2014	180.149	Informe de Gestión Liquidador	278.440
87	COMFACA	RS	26/03/2015	306	Informe de Gestión Liquidador	459
88	CAMACOL	RS	11/04/2015	2.945	Informe de Gestión Liquidador	4.395
89	GOLDEN GROUP	RC	15/07/2015	50.357	Informe de Gestión Liquidador	74.475
90	SELVASALUD	RS	18/09/2015	40.512	Informe de Gestión Liquidador	59.516
91	SALUD COLOMBIA EPS	RC	29/11/2015	3.074	Informe de Gestión Liquidador	4.454
92	HUMANA VIVIR EPS		14/05/2015	73.901	Informe de Gestión Liquidador	109.688
TO-TAL				**407.836**		**633.937**

Fuente SNS

Tabla 5. Consolidado Cartera EPS

TIPO DE EPS DEUD0RA	VALOR
Riesgo Alto	3.552.091.000
Riesgo Medio:	1.208.877.000
EPSI	578.116.000
EPS en Proceso de Liquidación	5.028.913.000
EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados y valores indexados (2016 – 2022)	2.025.130.000
EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados y valores indexados (2003-2015)	633.937.000
TOTAL, DEUDA	13.027.064.000

Fuente: Superintendencia de Salud – Ministerio de Protección en Salud

Si bien las deudas totales ascenderían a $ 24’293.867 miles de millones, no obstante, se excluyen las deudas clasificadas como de “’bajo riesgo” por parte de la Superintendencia de Salud, en virtud de que estas son inferiores a un año y, además, dichas obligaciones cuentan con respaldo en reservas y activos por parte de las EPS, para horrarlas durante la vigencia.

De esta forma, el consolidado de las obligaciones a cargo de las EPS clasificadas como de riesgo alto, riesgo medio, EPSI, EPS en proceso de liquidación; EPS con procesos liquidatorios finiquitados en el periodo 2003 – 2015 y, EPS con procesos liquidatorios del período 2016 – 2022, en pesos constantes a diciembre de 2022, ascienden a $13,027 billones.

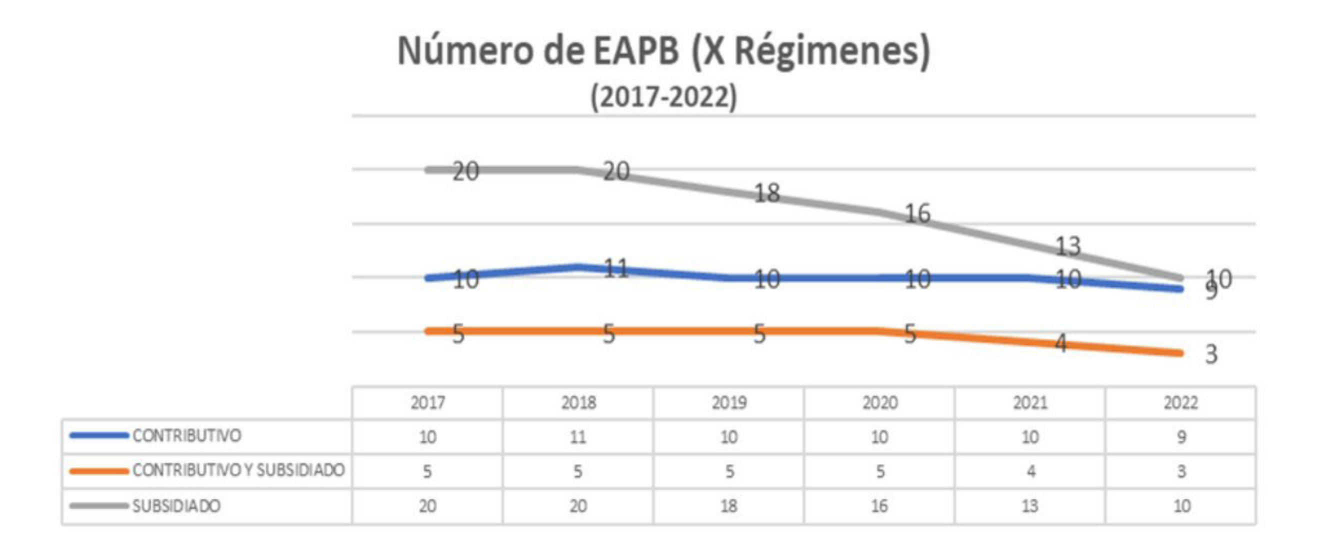
6. Sostenibilidad del sistema y deterioro progresivo de indicadores de permanencia de las EPS

6.1.Sostenibilidad

En 2017 existían 35 EAPB[94]. Sin embargo, por el incumplimiento de las condiciones financieras para la permanencia en el sistema de salud y luego de los procesos de liquidación definidos por la normatividad vigente, en la actualidad existen 22. El Gráfico 14 muestra la salida de 17 entidades en este periodo según el régimen de afiliación, y permite identificar que la salida fue mayor relativamente entre las entidades del Régimen Subsidiado (50%) (Gráfico 9). De las 10 EAPB que en 2022 están en el régimen subsidiado, ocho tienen alto riesgo financiero y están en seguimiento especial por la SNS: EPS SOS – Savia Salud – Asmet Salud – ComfaChocó – Ecoopsos – Capital Salud – Cofa Oriente y Emsanar.

Este proceso de salida de EAPB genera cambios en el sistema, que van desde el agravamiento de barreras en el acceso a los servicios por la incertidumbre ante los

anuncios de intervención, hasta los observados en las EAPB receptoras de afiliados de las EAPB liquidadas, afectando la capacidad operativa, financiera y técnica.

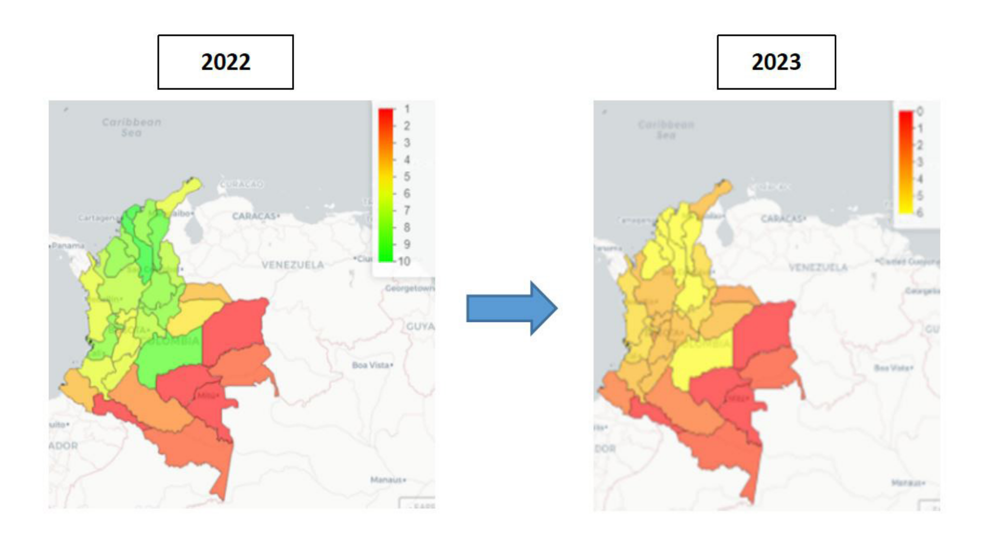


	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CONTRIBUTIVO	10	11	10	10	10	9
CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	5	5	5	5	4	3
SUBSIDIADO	20	20	18	16	13	10

Gráfico 14. Evolución número de EAPB según régimen 2017-2020
Fuente: OAPES-GESEPP (Fuente Superintendencia Nacional de Salud).

En el panorama descrito y tomando las condiciones hasta 2022, el grupo de estudios sectoriales de la oficina asesora de planeación del ministerio de salud realizó un estudio de simulación de los efectos de la liquidación de las EAPB intervenidas por razones de solvencia financiera, encontrándose como hallazgo central que para finales del año 2023 cinco (5) EAPB presentarían probabilidades de insolvencia mayores al promedio de las EAPB que se encontraban en proceso de liquidación en el año 2022. Por otro lado, el ejercicio de simulación también mostró que el efecto sería mayor en los territorios con mayor proporción de EAPB en el régimen subsidiado. El Gráfico 15 muestra la variación departamental en el número de EAPB con solvencia financiera.

94 Total, de EAPB para el año 2017, no incluye (5) EPSI ni (3) que entraron en liquidación el año anterior (Comfaboy – Cafesalud – Manexka. Fuente Superintendencia Nacional de Salud – FT001 y Listado de Entidades Liquidadas.

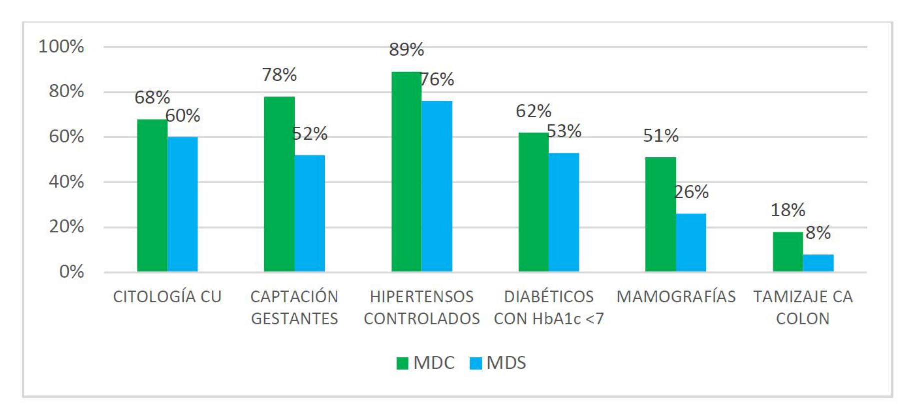


Gráfica 15. Número de EAPB con solvencia financiera[95] por departamentos 2022 - 2023

Fuente: OAPES-GESEPP (Fuente Superintendencia Nacional de Salud).

De manera complementaria a la evaluación de indicadores de solvencia financiera se analizó el cumplimiento de las metas de protección específica y de detección oportuna en coberturas en intervenciones trazadoras para cada régimen de afiliación. Los gráficos 16 y 17 muestran las proporciones de detección oportuna reportados para el año 2019 en ambos regímenes según el tipo de desempeño (mejor y peor) de las EAPB. De manera consistente los datos muestran no sólo el bajo cumplimiento de las metas, sino las inaceptables brechas entre entidades del régimen contributivo y subsidiado.

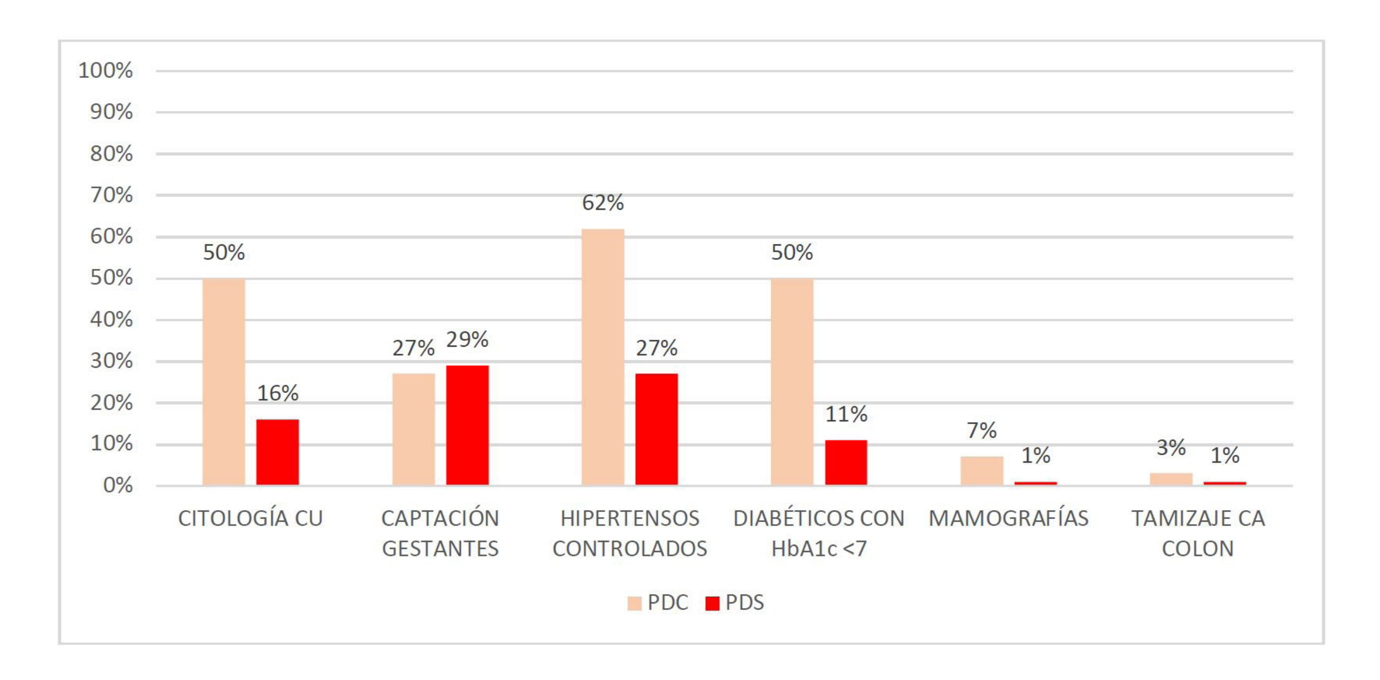
Gráfico 16. Cumplimiento en metas de protección específica y detección oportuna en coberturas de intervenciones trazadoras en 2019 EPS de mejor desempeño del régimen contributivo y del régimen subsidiado



Fuente: Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes de información: 1) Reporte protección específica y detección temprana -PEDT-DED: Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina, Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (Fuente PEDT-DED), Proporción de mujeres con toma de mamografía (Fuente PEDT-DED). 2) Cuenta de alto costo: Proporción de hipertensos controlados (menor 140/90mm), Meta de HbA1c (menor 7%) en pacientes diabéticos. 3) RIPS-BDUA: Proporción de personas entre 50 años y 75 años con tamización para cáncer de colon y recto con colonoscopia en los últimos diez años.

95 El número de EAPB solventes por departamento, desde el menor número en color rojo, hasta el mayor número en color amarillo y luego verde

Gráfico 17. Cumplimiento en metas de protección específica y detección oportuna en coberturas de intervenciones trazadoras 2019 EPS de peor desempeño del régimen contributivo y régimen subsidiado



Fuente: Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes de información: 1) Reporte protección específica y detección temprana -PEDT-DED: Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina, Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (Fuente PEDT-DED), Proporción de mujeres con toma de mamografía (Fuen te PEDT-DED). 2) Cuenta de alto costo: Proporción de hipertensos controlados (menor 140/90mm), Meta de HbA1c (menor 7%) en pacientes diabéticos. 3) RIPS-BDUA: Proporción de personas entre 50 años y 75 años con tamización para cáncer de colon y recto con colonoscopia en los últimos diez años.

6.2. Tendencia de los principales indicadores financieros de las EPS 2018 - 2032

El presente análisis busca mostrar la tendencia que tendrían las EPS en algunos de sus principales indicadores, para así identificar su estabilidad en un periodo de 5 años. La metodología para la estimación de los indicadores se basa en información que proviene del catálogo de cuentas de las EPS publicado por la Superintendencia Nacional de Salud. Se utilizaron los datos entre 2018 y 2020 como base para los pronósticos de cada indicador. El pronóstico se realizó mediante la fórmula pronostico.est, que está basado en un algoritmo de suavizado exponencial triple, tomando los valores para los años entre 2018 y 2022 como base de cálculo de la tendencia que tendría el indicador en los próximos 5 años.

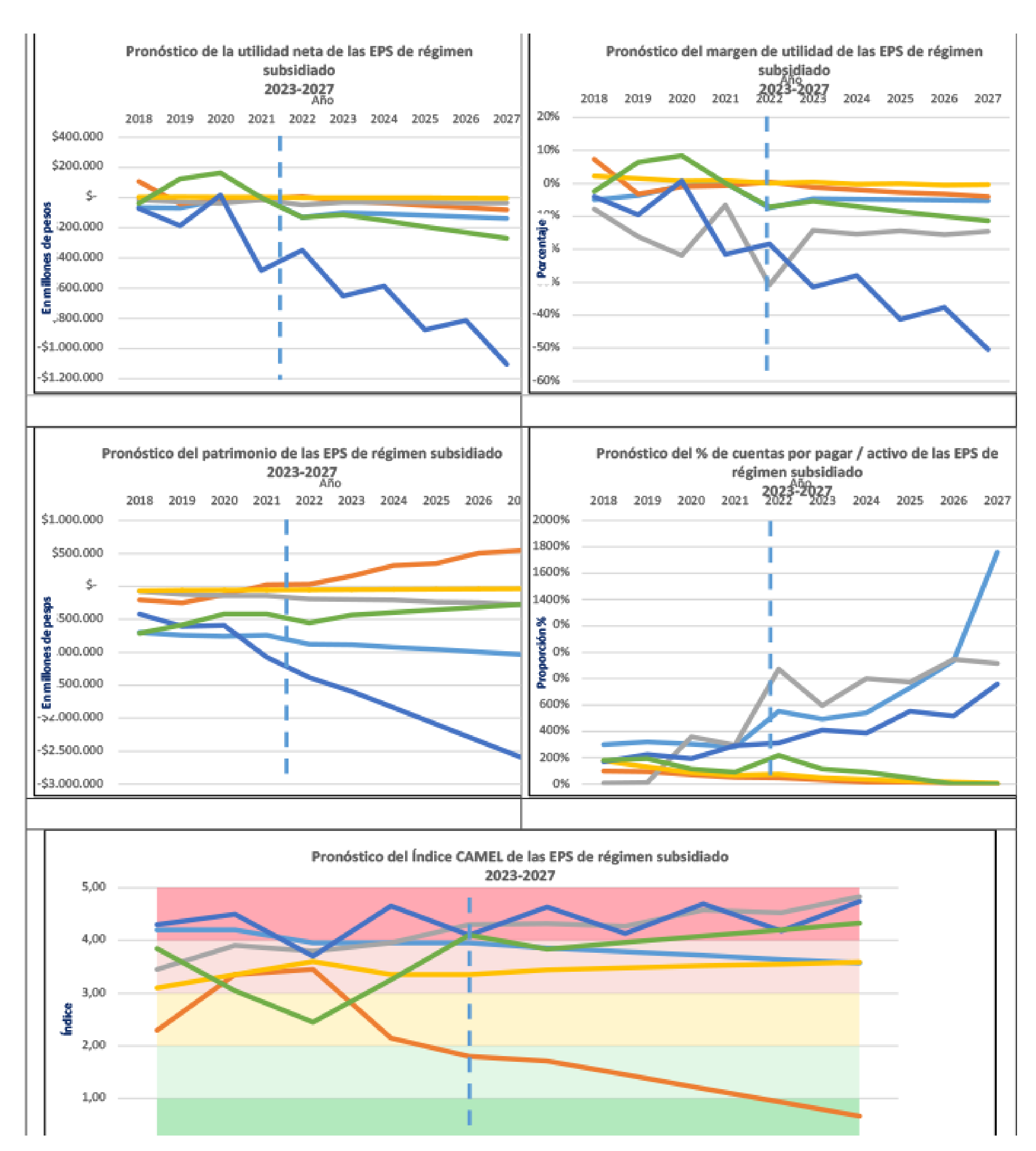
Las EPS se ordenan en cuatro grupos: régimen contributivo RC (9 EPS), régimen subsidiado RS (6 EPS), cajas de compensación familiar con programa de salud en RS (4 EPS) y EPS que operan en los dos regímenes de salud (3 EPS). Se analizan cuatro indicadores para cada EPS en cada grupo y se parecían las tendencias: 1. utilidad neta (valor apropiado por encima de 0); 2. margen de utilidad (valor apropiado por encima de 0); 3. Patrimonio (valor apropiado por encima de 0); 4. % de cuentas por pagar / activo (valor apropiado por debajo de 0%); y 5. El indicador CAMEL de riesgo financiero (calificación de 5 es muy alto riesgo financiero y 1 muy bajo)

Los resultados centrales del análisis son:

- En el grupo de las 8 EPS del RS, las tendencias muestran: al menos 7 de 8, tienen indicadores de inviabilidad actual y futura: perdidas sostenidas, patrimonio negativo, incapacidad de pago de cuentas, y se ubican en la franja "roja" de inviabilidad por alto y muy alto riesgo financiero. En su conjunto este grupo resulta con tendencia a la inviabilidad franca.

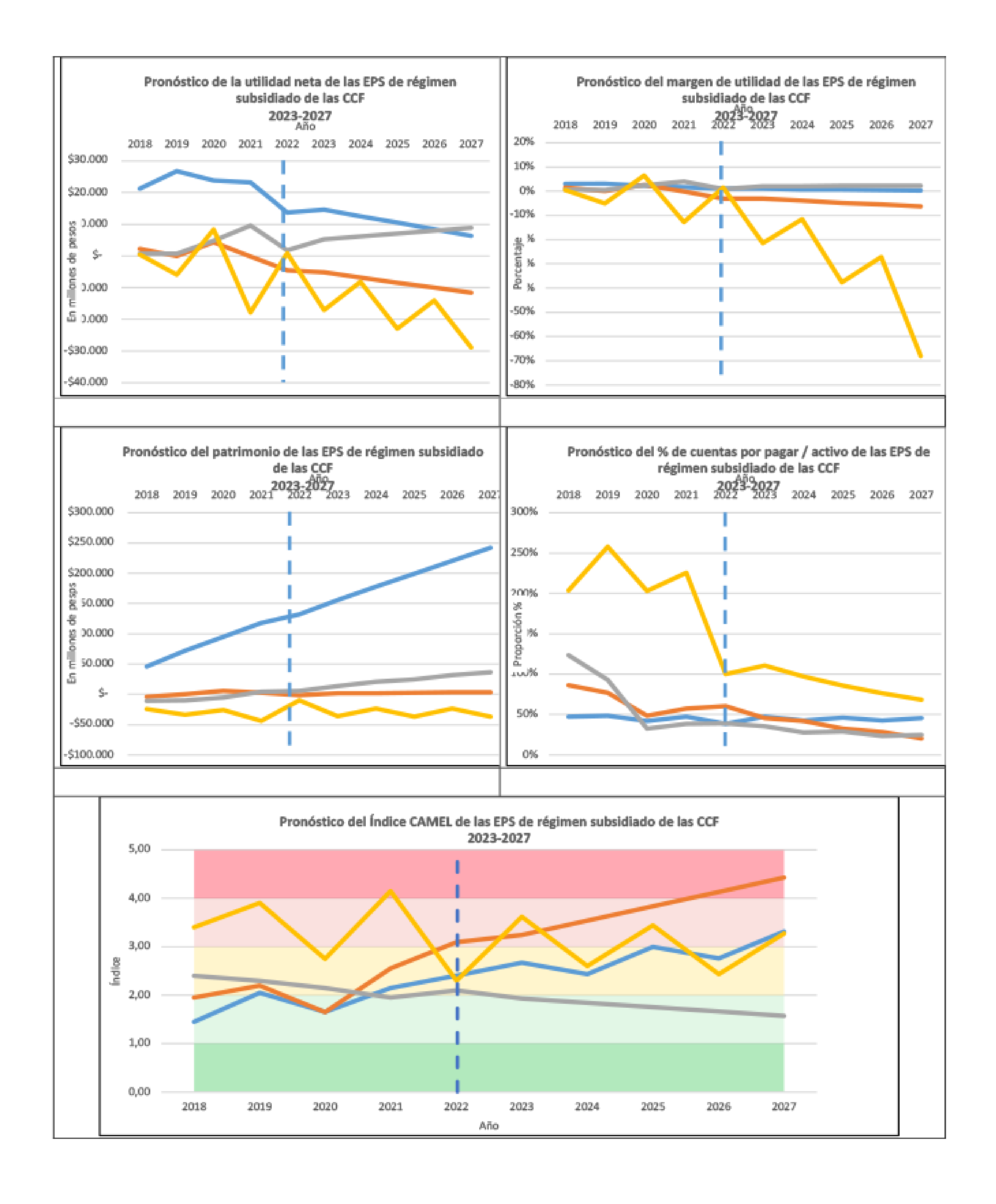
- En el grupo de las 4 EPS de las CCF-RS, las tendencias muestran, resultados con tendencia similar a las del grupo anterior.
- En el grupo de 9 EPS del RC, se observa: una tendencia general a la pérdida en los próximo 5 años, aunque algunas mantengan patrimonios positivos, la capacidad de contar activos para solventar las cuentas por pagar se incumplen en la mayoría. El índice de riesgo financiero muestra una tendencia de 4 de ellas al alto riesgo, 2 lo mantienen estable y 3 en bajo riesgo. Este grupo tiene un comportamiento diverso, pero al menos 3 de ellas, tienen fuerte tendencia a la inviabilidad.
- En el grupo de las 3 EPS que operan en ambos regímenes de salud: es el grupo que muestra los mejores resultados en la tendencia, observándose que las 3 entidades tienen indicadores de sostenibilidad y bajo riesgo financiero en la tendencia.

Grupo de EPS del Régimen Subsidiado



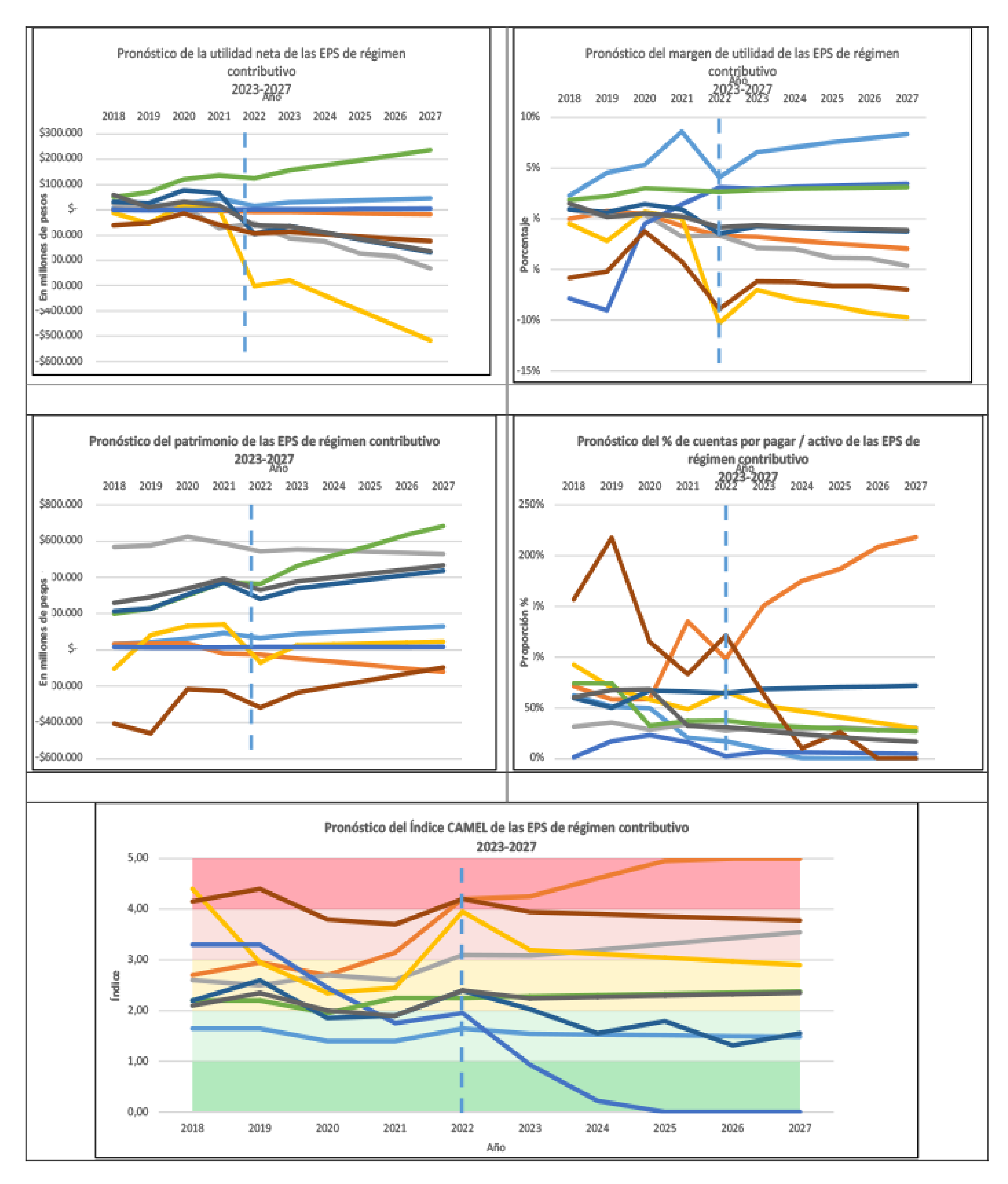
Fuente: catálogo de cuentas de las EPS Superintendencia Nacional de Salud.

Grupo de EPS Cajas de Compensación Familiar con programas de salud en el Régimen Subsidiado



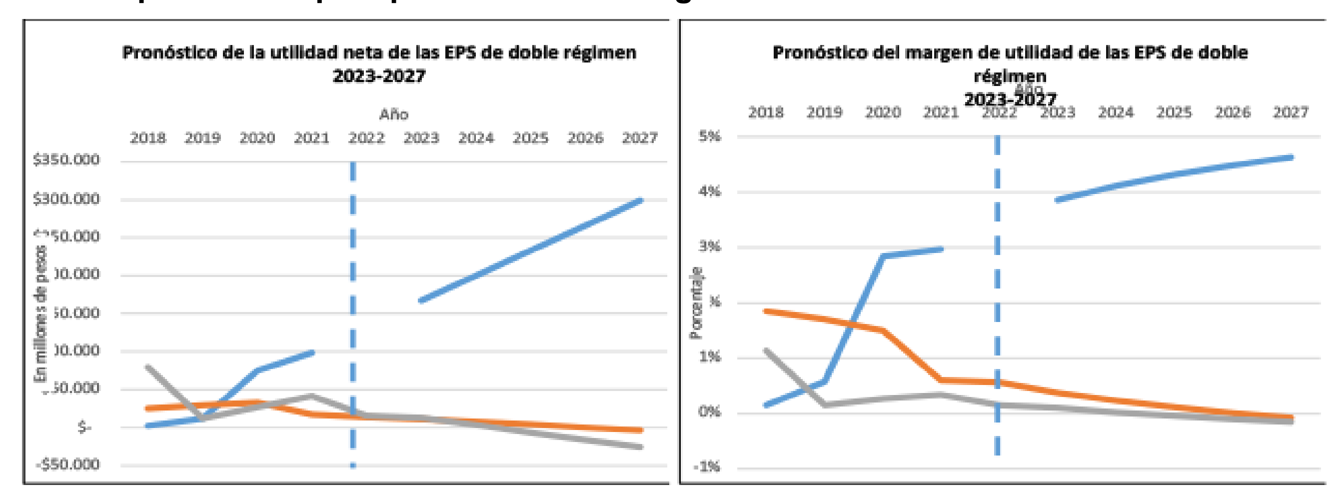
Fuente: catálogo de cuentas de las EPS Superintendencia Nacional de Salud.

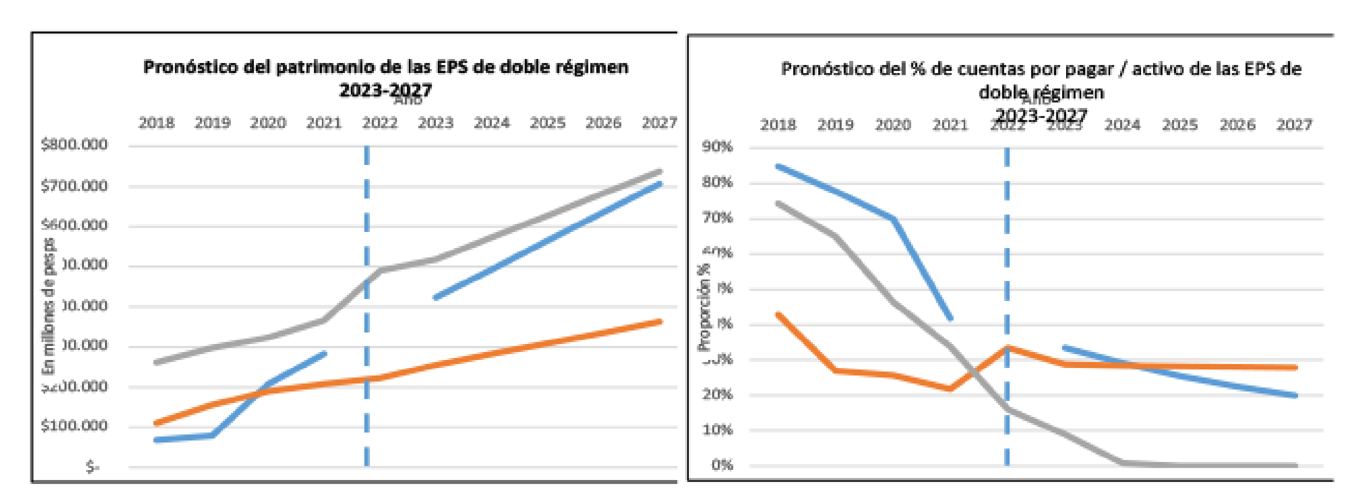
Grupo de EPS del Régimen Contributivo

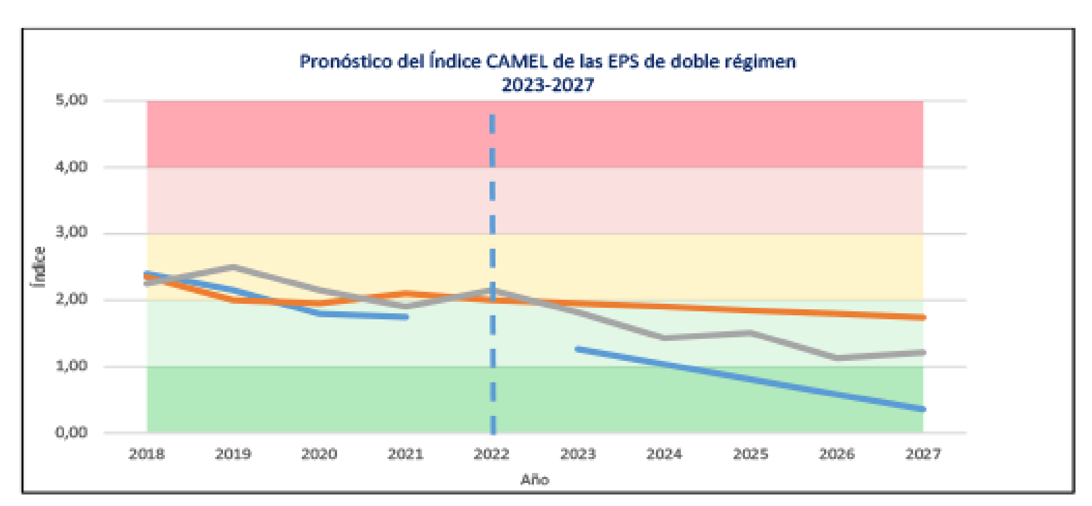


Fuente: catálogo de cuentas de las EPS Superintendencia Nacional de Salud.

Grupo de EPS que operan en ambos regímenes







Fuente: catálogo de cuentas de las EPS Superintendencia Nacional de Salud.

7. Deudas acumuladas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

7.1. Cartera de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Con corte a septiembre de 2022, las Empresas Sociales del Estado registraron una cartera (cuentas por cobrar) de 11,7 billones de pesos con las Entidades Responsables de Pago (EPS, SOAT, ADRES, Régimen Especial, entre otros) y unos pasivos de 7,2 billones de pesos (Fuente: Reporte SIHO a septiembre de 2022) (Tabla 6).

Tabla 6. Cartera Empresas Sociales del Estado por vigencias y edad (2016 a 2022)

Cartera (cuentas por cobrar) reportadas por las ESE Corte: 2016 a septiembre de 2022 cifras en millones de pesos						
Año	**<60 días**	**61 a 90 días**	**91 a 180 días**	**181 a 360 días**	**> 360 días**	**Total Cartera**
2016	1.178.098.031	500.491.438	1.008.720.864	1.360.150.263	3.628.721.542	7.676.076.224
2017	1.219.743.925	587.043.488	1.110.377.762	1.520.354.876	4.078.489.020	8.516.009.440
2018	1.321.802.035	554.752.397	1.133.744.292	1.417.588.433	4.763.658.808	9.191.545.968
2019	1.533.947.816	638.514.727	1.263.537.748	1.584.728.492	4.999.983.214	10.021.487.284
2020	1.473.822.143	556.057.518	966.727.793	1.485.188.207	5.549.064.405	10.030.859.991
2021	1.848.582.199	696.977.286	1.470.010.449	1.704.861.985	5.449.526.072	11.169.957.994
2022	1.756.520.605	700.478.637	1.356.367.756	1.900.968.711	6.046.606.011	11.760.941.722

Fuente SNS

Tabla 7. Pasivos de las Empresas Sociales del Estado a septiembre de 2022

Pasivos acumulados adeudados por las Empresas Sociales del Estado -ESE Millones de $ corrientes		
Concepto	**Total**	**% Part.**
Préstamos por pagar	109.653	1%
Cuentas por pagar	3.284.269	45%
Beneficios a los empleados	1.101.057	15%
Provisiones (Litigios y demandas, garantías y provisiones diversas)	1.171.711	16%
Otros Pasivos	1.648.973	23%
Total Pasivos	**7.315.663**	**100%**

Si las entidades responsables de pago (EPS, SOAT, ADRES, Régimen Especial, entre otros) pagaran la cartera que tienen con las ESE menor o igual a 360 días, las ESE podrían cancelar el 78% de sus pasivos.

A su vez, las Instituciones de Prestación de Servicios de Salud Privadas registraron una cartera de 32,4 billones de pesos con las Entidades Responsables de Pago (EPS, SOAT, ADRES, Régimen Especial, entre otros) y unos pasivos de 43,7 billones de pesos (Fuente: Reporte FT003 "Cuentas por Cobrar Deudores" y FT001 "Estados Financieros" a junio de 2022).

7.2. Cuentas por pagar a las ESE (reportadas por las EPS)

Las Cuentas por Pagar (CXP) de las EPS activas[96] a noviembre de 2022 con las ESE[97] asciende a $2.4 billones, según información reportada por las EPS a la Supersalud a través del archivo Tipo FT004[98] - Cuentas por Pagar, acreedores**.** Las EPS con mayor participación en este total son *Nueva EPS* (28%), *Asmet* (15%), *Emssanar* (15%) y *Savia Salud* (10%) (Tabla 7).

Tabla 7. Cuentas por Pagar de EPS Activas a ESE (Noviembre de 2022)

Cifra en millones de pesos

NIT	EPS	Total CxP	No vencidas	Mora 30 días	Mora 60 días	Mora 90 días	Mora 180 días	Mora 360 días	Mora >360 días
800088702	Sura EPS y EMP	20.038	-	12.194	5.261	278	505	1.108	692
800130907	Salud Total	16.414	14.807	179	95	90	115	1.128	0
800251440	Sanitas	44.993	31.094	7.287	1.644	519	4.449	-	-
805001157	SOS	10.593	8.437	66	81	40	88	690	1.190
806008394	Asoc. Mutual SER	39.003	30.433	3.686	1.343	754	1.209	485	1.093
809008362	Pijaos Salud	52.316	13.760	3.645	3.946	3.854	8.012	12.354	6.744
817001773	Asoc. Indígena del Cauca	62.683	-	32.736	5.756	6.543	5.347	6.044	6.256
830003564	Famisanar	76.275	25.014	32.099	6.315	2.973	4.039	2.492	3.343
830113831	Aliansalud	2.583	2.031	486	5	25	10	12	15
837000084	Mallamas	44.917	1.811	42.351	108	88	93	52	414
839000495	Anas Wayuu	5.589	-	5.168	198	48	175	-	-
860066942	Compensar	3.098	2.857	36	12	7	96	90	-
890102044	Cajacopi Atlántico	22.347	10.036	4.379	2.115	1.610	2.100	1.929	179
890303093	Comfenalco Valle	1.642	18	381	208	457	376	89	113
890500675	Comfao-riente	6.644	3.715	833	1.104	584	282	57	70
891600091	ComfaChocó	1.960	1.646	119	99	49	42	1	3
891856000	Capresoca	106.489	- 9.967	21.353	9.934	10.821	10.963	20.843	42.540
892115006	Comfamiliar Guajira	6.919	3.815	1.117	349	345	468	390	437
900156264	Nueva EPS	678.497	646.879	6.121	4.107	2.655	5.969	3.377	9.388
900226715	Coosalud	84.383	40.820	10.564	7.638	1.494	6.939	10.032	6.896
900298372	Capital Salud	116.472	74.814	5.651	3.728	2.645	5.768	14.674	9.192
900604350	Savia Salud	233.317	72.452	61.217	33.513	27.496	7.643	6.149	24.848

96 No se incluye ESPS Dusakawi por que no se cuenta con el reporte.
97 Se utiliza REPS para verificar las ESE activas.

98 Para mayor referencia remitirse a la Circular 16 de 2016

900914254	SALUD MIA	487	483	0	-	1	0	2	1
900935126	ASMET Salud	351.794	1.493	69.584	55.659	45.366	90.340	62.917	26.435
901021565	Emssanar	367.598	155.886	53.200	40.342	40.967	65.199	11.106	6.608

Fuente SNS

7.3. Cuentas por cobrar a las EPS activas y liquidadas o en liquidación (reportadas por las ESE a fecha de corte: septiembre de 2022)

De la cartera que reportan las ESE con las EPS liquidadas, en liquidación o activas que asciende a $4,5 billones de pesos ver tabla No 9. El 52,7% es cartera con EPS activas, el 43,7% corresponden a EPS liquidadas o en proceso de liquidación. Así mismo, si se analiza por régimen el 85% corresponden a las EPS del régimen subsidiado y EPS régimen contributivo y subsidiado.

Tabla 8. Cuentas por cobrar a EPS según régimen

Régimen	Total Cartera
EPS Contributivo	673.102
EPS Subsidiado	2.064.945
EPS Contributivo; Subsidiado	1.747.853
Total general	**4.485.900**

Fuente: SIHO a septiembre de 2022.

7.4. Cuentas por cobrar a las EPS activas por edades (reportadas por las ESE, corte: septiembre de 2022)

De las cuentas por cobrar que reportan las ESE con las EPS activas el 72,1% se concentran en 7 de las 27 y equivale a $3.2 billones de pesos y de estos $1,3 billones aproximadamente son con la Nueva EPS ver tabla 9. A continuación, se presenta las cuentas por cobrar por EPS activas de mayor a menor participación dentro de la cartera total.

Tabla 9. Cuentas por cobrar según edad de las ESE a las EPS Activas

Cifras en millones de pesos

NIT	Razón Social	< 60 días	61 a 90 días	91 a 180 días	181 a 360	>360 días	Total CXC
800088702	Sura EPS y EMP	19.673	7.596	12.896	17.284	28.364	85.812
800130907	Salud Total	50.398	15.240	28.648	18.706	20.436	133.428
800251440	Sanitas	55.538	23.975	44.263	29.805	26.033	179.614
805001157	SOS	4.819	1.804	1.977	3.885	10.818	23.303
806008394	Asoc. Mutual SER	30.003	11.194	13.786	18.511	18.447	91.941
809008362	Pijaos Salud	7.133	3.789	9.522	11.026	11.912	43.383
817001773	Asoc. Indígena del Cauca	22.344	5.746	6.486	6.848	13.541	54.964
824001398	Dusakawi	2.918	2.050	1.894	2.268	4.037	13.166

830003564	Famisanar	54.815	23.214	29.732	28.252	46.274	182.287
830113831	Aliansalud	881	272	418	1.280	1.802	4.654
837000084	Mallamas	17.277	7.324	12.522	8.613	10.868	56.604
839000495	Anas Wayuu	1.236	99	410	820	1.326	3.890
860066942	Compensar	15.903	6.009	9.871	8.048	16.239	56.071
890102044	Cajacopi Atlántico	35.750	21.025	40.349	40.192	64.743	202.058
890303093	Comfenalco Valle	2.682	511	818	1.230	2.297	7.538
890500675	Comfaoriente	6.258	1.594	2.145	2.026	2.927	14.951
891600091	ComfaChocó	5.606	1.964	3.379	3.234	10.537	24.720
891856000	Capresoca	6.828	7.763	12.466	38.262	76.357	141.675
892200015	ComfaSucre	529	497	3.650	2.891	5.063	12.630
900156264	Nueva EPS	342.286	151.739	256.186	261.866	239.677	1.251.755
900226715	Coosalud	133.628	44.190	62.902	57.762	105.676	404.157
900298372	Capital Salud	37.030	11.523	19.129	13.270	40.086	121.038
900604350	Savia Salud	122.656	16.859	18.961	19.712	78.540	256.728
900914254	SALUD MIA	230	16	57	54	40	396
900935126	ASMET Salud	100.206	42.021	100.195	82.809	106.931	432.162
901021565	Emssanar	143.233	59.397	89.352	80.382	80.371	452.735
901093846	Ecoopsos	29.537	13.381	42.403	47.124	101.795	234.240
Total		**1.249.395**	**480.792**	**824.416**	**806.159**	**1.125.137**	**4.485.900**

Fuente: SIHO a septiembre de 2022.

A manera de síntesis se presentan los siguientes enunciados:

- El total de la cartera de las Entidades Responsables de Pago (EPS, SOAT, ADRES, Régimen Especial, entre otros) con las ESE a 30 de septiembre de 2022 ascendió a $11,7 billones, la cual se incrementó en el 5,29% frente al 2021 y del 17,25 frente al año 2020.
- Cartera menor o igual a un año es de $5,7 billones, que representa el 49%; de lograr el recaudo de esta cartera las ESE podrían pagar el 78% de su pasivo
- Cartera mayor a un año, la cual se considera de difícil cobro es de $6,0 billones y equivale al 51%.
- De acuerdo con el comportamiento del recaudo de la cartera se puede inferir que las EPS estarían pagando deuda de vigencia anterior con la UPC de la vigencia
- Teniendo en cuenta que el recaudo de ingresos de las ESE por prestación de servicios a las EPS es en promedio del 65%, se sugiere que el MSP le solicite a las EPS les gire el 90% dentro de los 30 días siguientes a la radicación de la facturación por parte de las ESE. Esta decisión permitiría que las ESE reduzca su pasivo y cuente con la liquidez necesaria para financiar su capital de trabajo.
- Estudiar las posibilidades de financiamiento de las cuentas por cobrar de las ESE > a 360 días y la cual asciende a $6,0 billones de pesos los cuales en mayor proporción son deudas de EPS liquidadas o en proceso de liquidación

8. Estado actual de los trabajadores en el sector y formalización del Talento Humano en Salud

Con la implementación de la Ley 100 de 1993, la contratación y condiciones laborales de los trabajadores del sector se deterioraron, esto debido a que las EPS establecieron controles sobre “la cantidad, la calidad y el costo de los servicios de salud

(…) recurriendo a los paquetes de servicios y el establecimiento de una serie de protocolos administrativos y económicos de control de entrada y restricciones a los pacientes, que introdujeron cambios en el ejercicio de los recursos humanos”[99]. Teniendo como resultado una paulatina flexibilización laboral que condujo a contratos de corta duración, contratos tercerizados y el abuso de la figura del contrato por prestación de servicios.

El control de las EPS a través de los paquetes se servicios llevó a que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas optaran por la subcontratación de trabajadores misionales, con el objetivo de reducir sus costos fijos. Trayendo como consecuencia un deterioro en las condiciones laborales y afectando la atención a los pacientes, como lo expone Gloria Molina en la investigación titulada *Dilemas en las decisiones en la atención en salud: Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera:* “las deficientes condiciones laborales coartan la autonomía del personal de salud y genera dilemas éticos en las decisiones en salud”[100].

En este contexto y para garantizar el trabajo digno, seguro y decente a los trabajadores de la salud, abandonando la intermediación laboral y la vulneración de derechos, se ha analizado la contratación en las 928 Empresas Sociales del Estado existentes, encontrando que el 27% (47.243) de los trabajadores misionales y administrativos se encuentran formalizados y el 73% (128.643) están vinculados por prestación de servicios.

Dado que la formalización laboral en todas las instituciones públicas es ya una decisión de gobierno para 2023, se debe incluir en el presupuesto 2023 y siguientes, los costos de la formalización. En las proyecciones financieras de la reforma, se consideraron estos costos desde la vigencia 2023 con 2.267.050.577 para formalización de los trabajadores de Hospitales públicos (segundo y tener nivel).

Por otra parte, en el presupuesto de los Centros de Atención Primaria se incluyó el costo de las prestaciones sociales de los trabajadores, por valor de 1.078.000. (los hospitales locales únicos de municipios pequeños se consideran centros de atención primaria con camas y se financian por esta vía). La partida destinada a la formalización de hospitales se proyecta con un crecimiento real permanente promedios del 5% anual.

La metodología del costeo del programa de formalización se realizó teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Se toma como fuente a la información reportada por las ESE, validada y presentada por las Direcciones Territoriales de Salud nivel Departamental y Distrital al Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2004 compilado en el Decreto 780 de 2016.

- Se tiene en cuenta la asignación básica mensual (8 horas) reportada por cada perfil de los cargos en planta de personal de las ESE, incluyendo factores prestacionales de los empleados públicos.
- Se basa en el reporte del número de personas contratadas por las ESE con persona natural o jurídica por actividad desarrollada, activas o vigentes a 30 de septiembre de 2022.
- Se realiza la estimación para nivel profesional, técnico y asistencial.
- No se tiene en cuenta la estimación de la formalización laboral de los profesionales de medicina y odontología especializado(a)s por su manifiesta renuencia a la formalización.
- La proyección se realiza para las categorías:
- Trabajadores Operativos en su calidad de trabajadores misionales

99 Florez Acosta, Jorge Hernán, Atehortúa Becerra, Sara Catalina, Arenas Mejía Alba Cristina. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2009, 8(16), 107-131 (fecha de consulta 28 de enero de 2023). ISSN: 1657-7027.

100 Molina G, Muñoz IF, Ramírez A, editores. Dilemas en las decisiones en la atención en salud: ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Instituto de Estudios del Ministerio Público, Universidad Industrial de Santander, Colciencias; 2009.

- Trabajadores de apoyo como trabajadores que realizan actividades administrativas

8.1. Costeo de los trabajadores de salud: Apoyo (administrativo) y Operativo (asistencial – misional)

Se propone formalizar a los trabajadores de las dos categorías operativos (42.784) y apoyo (85.859), iniciando por niveles de atención. La formalización requiere 9 billones de pesos.

Descripción de las actividades y perfiles de los trabajadores de la salud: Operativo (asistencial) y Apoyo (administrativo)
Datos en número de personas

Actividad por número de personas según nivel de atención	Apoyo (Administrativo)			Total Apoyo (Administrativo)	Operativo (Asistencial)			Total Operativo (Asistencial)	Total general
	1° nivel	2° nivel	3° nivel		1° nivel	2° nivel	3° nivel		
Total general	23.206	11.885	7.693	42.784	38.322	22.175	25.362	85.859	128.643

Estimación de costos según las actividades y perfiles de los trabajadores de la salud: Operativo (asistencial) y Apoyo (administrativo)
(Cifras en billones de pesos)

Actividad	Área								Total general
	Apoyo (Administrativo)			Total Apoyo (Administrativo)	Operativo (Asistencial)			Total Operativo (Asistencial)	
	Nivel de atención				Nivel de atención				
	1° nivel	2° nviel	3° nivel		1° nivel	2° nivel	3° nivel		
Total	1,4	0,8	0,5	2,7	2,8	1,6	1,9	6,2	8,99

8.2. Estimación de la formalización laboral de los trabajadores de la salud: Operativo (asistencial) y Apoyo (administrativo)

En las tablas 11 y 12 se muestra tanto el número de trabajadores según categoría y nivel de atención como la proyección del costo con la formalización laboral. La Tabla 11 corresponde a un escenario de formalización por categoría.

Tabla 11. Número de trabajadores sujetos de formalización por categoría y costo neto (escenario 1)

Numero de Personas						
Nivel de atención	Apoyo (Administrativo)	% de participación por tipo de área	Operativo (Asistencial)	% de participación por tipo de área	Total general	% de participación / Total
1	23.206	37,7%	38.287	62,3%	61.493	47,8%
2	11.885	34,9%	22.146	65,1%	34.031	26,5%
3	7.693	23,3%	25.332	76,7%	33.025	25,7%
Total	**42.784**	**33,3%**	**85.765**	**66,7%**	**128.549**	**100,0%**

Fuente: Información reportada por las ESE, validada y presentada por la DTS Departamentales y Distritales al MSPS en virtud del Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016

Valores en Billones de $ constantes 2.023						
Nivel de atención	Apoyo (Administrativo)	% de participación por tipo de área	Operativo (Asistencial)	% de participación por tipo de área	Total general	% de participación / Total
1	$ 1,4	33,6%	$ 2,8	66,4%	$ 4,1	46,1%
2	$ 0,8	32,5%	$ 1,6	67,5%	$ 2,4	26,6%
3	$ 0,5	21,9%	$ 1,9	78,1%	$ 2,5	27,3%
Total	**$ 2,7**	**30,1%**	**$ 6,3**	**69,9%**	**$ 9,0**	**100,0%**

Fuente: Estimación realizada por Dirección de Desarrollo de THS y Dirección de Prestación de Servicios de Salud-MSPS, tomando como base información del SIHO

Tabla 12. Número de trabajadores sujetos de formalización por nivel de atención y costo neto (escenario 2)

Valores en Billones de $ constantes 2.023					
Nivel de THS	Nivel de complejidad				
	1	2	3	Total	Proporcion
Profesional	$ 2,4	$ 1,4	$ 1,5	$ 5,3	**59,1%**
Técnico	$ 0,3	$ 0,1	$ 0,2	$ 0,6	**7,2%**
Asistencial	$ 1,4	$ 0,8	$ 0,8	$ 3,0	**33,6%**
Total general	$ 4,1	$ 2,4	$ 2,5	$ 9,0	**100,0%**
Proporción	**46,1%**	**26,6%**	**27,3%**	**100,0%**	

Numero de Personas					
Nivel de THS	Nivel de complejidad				
	1	2	3	Total	Proporcion
Profesional	24.184	13.772	14.171	52.127	**40,6%**
Técnico	5.229	2.410	3.801	11.440	**8,9%**
Asistencial	32.080	17.849	15.053	64.982	**50,6%**
Total general	61.493	34.031	33.025	128.549	**100,0%**
Proporción	**47,8%**	**26,5%**	**25,7%**	**100,0%**	

8.3. Comparación del costeo de trabajadores de la salud por OPS y con formalización laboral

Como se observa a continuación, a 2023 el costo de la contratación por Prestación de Servicios es de $5,61 billones y la formalización laboral de estos trabajadores requiere $9,0 billones. El costo fiscal neto de formalizar el talento humano en salud sería de $3,39 billones.

Vinculación por Prestación de Servicios			
Estimacion gastos por servicios personales indirectos vigencia 2023			
Valores en Billones de $ constantes 2.023			
Nivel de atención	**Apoyo (Administrativo)**	**Operativo (Asistencial)**	**Total general**
1	0,8	1,4	2,2
2	0,5	1,1	1,6
3	0,4	1,4	1,8
Total	**1,6**	**4,0**	**5,61**
Nota: No incluye 1,5 billones corresponde a servicios personales directos de profesionales de Medicina y Odontología especialistas			

Formalización laboral			
Valores en Billones de $ constantes 2.023			
Nivel de atención	**Apoyo (Administrativo)**	**Operativo (Asistencial)**	**Total general**
1	1,4	2,8	4,1
2	0,8	1,6	2,4
3	0,5	1,9	2,5
Total	**2,7**	**6,3**	**9,0**
Nota: No incluye profesionales de Medicina y Odontología especializada			

Incremento proyectado:
Costo: 3,39 billones (62%)

Propuesta de gradualidad de la formalización laboral de los trabajadores de la salud a 4 años por nivel de atención

Nivel del THS	Nivel de atención	1° año	2° año	3° año	4° año
Profesional, Técnico y Asistencial	1° nivel de atención	**4,1 billones**			
Profesional, Técnico y Asistencial	2° nivel de atención		**2,4 billones**		
Profesional, Técnico y Asistencial	3° nivel de atención			**2,5 billones**	

9. Plan Nacional de Formación de Talento Humano en Salud

El estudio realizado por Florez, Atehortúa y Arenas en el año 2008, sobre las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993, puso en evidencia cambios importantes en la estructura del sector, que agruparon en las siguientes categorías:"1) oferta académica y calidad de la educación, 2) oferta y demanda de recurso humano, 3) poder de mercado, 4) nivel de ingresos y 5) contratación del recurso humano"[101]. Este último aspecto ya fue abordado y nos concentraremos la oferta académica y la calidad de atención. Para los investigadores, las precarias condiciones laborales en el sector, se derivan además de las ya mencionadas, por aumento desordenado en la oferta de programas de pregrado, posgrado y de formación para el trabajo y desarrollo humano, así como de la baja calidad de estos programas.

Se requiere el desarrollo de competencias en los trabajadores del sector que permita avanzar en la Atención Primaria en Salud, con abordaje territorial, intercultural e integral, para ello se requiere avanzar en el plan de formación del personal de salud que se presenta a continuación.

Formación personal de salud

Promotores de salud.: En el marco de la reforma al sistema de salud, la implementación del modelo preventivo, predictivo y resolutivo, y de las redes integrales e integradas de servicios de salud, se requiere de la participación activa de la comunidad. Es por ello necesario avanzar en la formación como promotor(a) de salud de personas pertenecientes a la comunidad de influencia, cuyos sujetos de atención sean las personas, las familias y la comunidad en su territorio, siendo articuladora entre la comunidad y los actores del Sistema de Salud, que contribuye al cuidado de la vida, la promoción de la salud y al bienestar integral de las poblaciones.

Se tiene prevista la conformación de cerca de 11.700 equipos territoriales y la vinculación a cada uno de ellos, de los promotores de salud, de acuerdo al número de familias y características de los territorios. Por esta razón se hace necesario, *formar cinco mil promotores de salud* durante el 2023, con recursos del Estado que se proyectan en 15.000 millones de pesos.

101 Florez Acosta, Jorge Hernán, Atehortúa Becerra, Sara Catalina, Arenas Mejía Alba Cristina. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2009, 8(16), 107-131 (fecha de consulta 28 de enero de 2023). ISSN: 1657-7027

Pregrados en áreas de la salud.: ante la escasez de profesionales de salud en las diferentes áreas, se definirá junto con el Ministerio de Educación el número de cupos que se priorizarán para el sector.

Diplomado en Salud Pública y Atención Primaria en Salud.: Debido a que en las última tres décadas la formación de profesionales, técnicos y tecnólogos en salud

se centró en la atención de la enfermedad con pobres contenidos en salud pública, atención primaria en salud, salud familiar y determinantes sociales de la salud y gobernanza, se hace necesario poner en marcha un programa de educación continua en articulación con las Instituciones de Educación Superior. El diplomado tiene el objetivo de desarrollar conocimientos y habilidades requeridos para el abordaje poblacional en los diferentes territorios del país. Este diplomado está estimado en 4.500 millones de pesos.

Incentivos para las Instituciones de Educación Superior.: como mecanismo institucional y regular de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud de la población según el territorio, que fortalezca en los currículos de formación los aprendizajes en las áreas mencionadas Se estos incentivos se proyectan en 22.650 millones de pesos para el cuatrienio.

Servicio social obligatorio.: se crearán 4000 nuevas plazas para el servicio social obligatorio, dando prioridad a los municipios PDET y zonas dispersas. Las nuevas plazas son 1000 para enfermería, 1000 para medicina, 1000 para odontología y 1000 para psicología. La financiación de estas nuevas plazas por un año es de: $ $ 250.275.690.636

Becas-Crédito formación posgradual en APS profesiones no médicas.: con la finalidad de lograr en los trabajadores de salud no médicos mayor resolutividad, como estrategia para fortalecer las intervenciones de atención primaria en salud y las acciones orientadas a reducir la morbimortalidad materna e infantil. Se plantea la creación de 4.000 becas-crédito para el cuatrienio, correspondientes a dos (2) salarios mínimos legales vigentes (S.M.L.V.) mensuales. Además, estas becascrédito son un incentivo para mejorar la distribución y cualificación de los trabajadores de salud en municipios PDET y zonas dispersas. La dinámica de estas becas-crédito se puede observar en el cuadro a continuación.

Becas-Crédito Profesionales no médicos 2023-2026 A costos de 2023

año/monto	2023	2024	2025	2026
Total recursos por año	13.920.000.000	48.441.600.000	74.923.008.000	108.638.361.600
Total recursos 2023-2026	245,922,969,600			

SEGUNDA PARTE: los cambios estructurales propuestos por la Reforma

En esta parte se avanza en la descripción de los principales componentes que abarcará la reforma, entre los cuales se destacan: la gobernanza con la arquitectura organizacional requerida, los mecanismos de asignación de recursos, un sistema de información único que permita la interoperabilidad y esté al servicio de un modelo preventivo y predictivo, así como la organización de la prestación en nivel primario y complementario que incluye un plan para Centros de Atención Primaria en Salud, un sistema de aseguramiento social con la prestación pública y privada de servicios de atención en red en los niveles de media y alta complejidad, un esquema del financiamiento del sistema con las proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma.

1. Nueva arquitectura institucional de gobernanza, territorializada con control centralizado

El concepto de gobernanza ha tomado una importancia creciente en estos últimos 25 años. Hace referencia a la evolución del estado contemporáneo hacia modelos de acción pública que involucran, sobre un modo más horizontal que vertical, a varias organizaciones. El Estado sigue siendo un actor importante, pero, debido a la complejidad misma de los problemas, es preciso contar con la cooperación de actores tanto públicos como privados para la realización de la intervención pública.

En esta continua definición del papel del Estado es fundamental tener presente la responsabilidad de la rectoría de la autoridad sanitaria que incluye varias dimensiones: Conducción Sectorial, Regulación, Modulación del Financiamiento, Garantía del Aseguramiento materializada en el acceso universal, Armonización de la Prestación de Servicios y la Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública que son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria[102].

La nueva arquitectura requiere del fortalecimiento de instancias existentes, la creación de nuevas y construir mecanismos de articulación intra e inter-niveles.

- Nivel Nacional
  - Fortalecimiento del Ministerio de Salud y Protección Social
  - Fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud
  - Creación de la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes
  - Sociales en Salud o Creación del Consejo Nacional de Salud
  - Fortalecimiento y desconcentración de la ADRES
  - Creación del Fondo Único Público de Salud
- Nivel Regional
  - Creación de Consejos de Administración del Fondo Regional de
  - Seguridad Social en Salud
  - Creación del Consejo Regional de Planeación y Evaluación en Salud
  - Creación del Fondo Regional de Seguridad Social
- Nivel Territorial
  - Creación de las Comisiones Intersectoriales Departamentales, distritales y municipales de Determinantes Sociales en Salud
  - Consolidación de los Consejos Territoriales de Salud
  - Creación del Consejo Territorial de Planeación y Evaluación en Salud
  - Creación de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden Departamental y Distrital
  - Fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria territorial
  - Consolidación de los Fondos Territoriales de Salud

102 Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013 Public health stewardship and governance regarding the Colombian healthcare system, 2012-2013. André N. Roth-Deubel y Gloria Molina-Marín

2. Estrategias para la asignación de los recursos: cuadro comparativo del modelo actual y el propuesto en cuanto a: control de costos, mecanismos anticorrupción e incentivos

VARIABLES	Incentivos Macro (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia/ Gestión de riesgos de salud		
INCENTIV OS	RÉGIMEN ACTUAL	DESEMPEÑO PRÁCTICO	RÉGIMEN PROPUESTO
Macro (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia	Incentivo global de carácter económico/Competencia/Maxi mizar utilidades	Competir con base en el precio, predomina actualmente en detrimento de la calidad (resultados de salud)/Las condiciones establecidas para la creación y funcionamiento de los agentes de mercado se han flexibilizado colocando en riesgo la idoneidad de estos agentes lo cual afecta a proveedores y usuarios /El sistema nunca consideró los enormes boquetes de corrupción/Las IPS siempre que haya efectivas opciones de selección, son más vulnerables al desplazamiento de usuarios que las EPS de los suyos Incentivo basado en el logro de resultados de salud/goce efectivo del derecho a la salud/servicio público esencial/aseguramiento público universal y solidario	
	Criterios razonables de capital, tamaño y organización que suministren un mínimo de garantías (Administradores PB)	Las condiciones establecidas para la creación y funcionamiento de los agentes de mercado se han flexibilizado colocando en riesgo la idoneidad de estos agentes lo cual afecta a proveedores y usuarios del Sistema de Salud	El aseguramiento público, universal y solidario garantizado en forma integral y con referente territorial
	Condiciones y parámetros para el manejo de los riesgos de selección	Carteras asimétricas de clientes según riesgo o localización geográfica generando inequidades de acceso efectivo a los servicios de salud/Mayores quiebras en las aseguradoras del régimen subsidiado	El aseguramiento público y universal evita la selección de riesgos de las poblaciones
	Requisitos Esenciales Permiten a los prestadores acceder al mercado	Los desbalances de financiación terminan afectando la calidad y a los usuarios/La competencia entre proveedores se ve distorsionada por la integración vertical, por la afectación del sistema de pagos (cartera y pasivos)/ por la exclusión de oferentes en ciertas zonas o por rigideces institucionales en el caso de las ESE formalmente autónomas, pero dependen de un entorno institucional complejo y ajeno al mercado a pesar que se les confronta con el mismo)/En últimas las EPS seleccionan prestadores no con base en calidad sino con base en disminución de costos y en otros casos prestación de servicios con acumulación de cartera/ La participación comunitaria como control del desempeño de las ESE no ha tenido una medición de eficacia o resultados ciertos	Los prestadores de servicios se integran a una red bajo las reglas del sistema de salud
	Libertad de escoger la EPS cuyas características satisfagan de la mejor manera sus expectativas/Libertad de traslados/Libertad escogencia IPS/sanciones cuando se coacciona	Las crisis sistemáticas de EPS no dan libertad de elección, sino de asignar a los usuarios a quien esté en capacidad/El principio de libre elección de prestadores es limitado por oferta y por los contratos de la red, en especial cuando hay integración vertical	La libertad de escogencia es directa entre el hogar en el territorio y las redes integradas e integrales de servicios

VARIABLES	Incentivos Macro (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia/ Gestión de riesgos de salud		
INCENTIV OS	RÉGIMEN ACTUAL	DESEMPEÑO PRÁCTICO	RÉGIMEN PROPUESTO
	Se estandariza el producto (Plan de Beneficios) / Precio único/Estandarización de condiciones mínimas (Requisitos esenciales)	El producto no está estandarizado en la práctica (fallos de la Corte, y tutelas) por lo cual en la práctica es un sistema abierto a las prestaciones y el Estado paga/La igualación tardía del plan de beneficios en el sistema tiene el rezago de igualar la UPC/Los proveedores tienen dificultad para competir por razón de sus carteras variables y por las cuotas fijas de aseguramiento en el régimen subsidiado/El sistema de información a usuarios sigue siendo asimétrico/ El Plan de Beneficios tiene grietas respecto a su estandarización como presupuestos máximos y reembolsos	La salud como derecho fundamental exige un conjunto de prestaciones, las más posibles para garantizar el goce efectivo/La contención de costos se basará en un enfoque basado en resultados de salud
	Límite capacidad de los agentes para seleccionar riesgos/ No preexistencias y exclusiones	Los agentes terminan seleccionando riesgos por vía indirecta (Publicidad por ejemplo para ofrecer planes gratuitos a población joven de acceso a gimnasio) /En la integración vertical y horizontal cuando los aseguradores tienen prepagadas, facilitan la afiliación de sus mismos asegurados en la prepagada y en la EPS	La gestión del riesgo en salud es integral, tiene referente en el territorio/Determinantes sociales/atención Primaria en Salud resolutiva/Modelo predictivo y preventivo/Sistema de incentivos entre el prestador alineado con resultados de salud/Rutas de atención definidas y operantes/ Investigación y apropiación del conocimiento/Talento humano/ Sistema de información

	Incentivos Meso (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia/ Gestión de riesgos de salud		
	RÉGIMEN ACTUAL	**DESEMPEÑO PRÁCTICO**	**RÉGIMEN PROPUESTO**
Incentivos Meso basados en las reglas	Competencia basada en calidad (dado el precio estándar UPC) / Generar utilidades en función de la contención de costos y la eficiencia (Dificultad de seleccionar riesgos e imposibilidad de manipular los márgenes de utilidad por el precio)	La contención de costos ha generado un sesgo en detrimento de la atención primaria en salud y la promoción/La contención de costos no se traduce en mayor calidad/Los márgenes de UPC han sido superiores a los recursos de administración que se pagan a las APB	La contención de costos se realiza mediante la estandarización de costos de servicios de atención primaria/Manejo de una Unidad capitada para servicios de mediana y alta complejidad/sistema de información/Control de tecnologías costo efectividad/juntas médicas/ sistemas de pagos adecuados/Gestión financiera en línea
	Los proveedores de servicios compiten por contratos con EPS/EPS incorporan calidad en escogencia de IPS (Pues EPS mantienen competitividad y minimizan costos) /Demanda de EPS se basan en servicios de costo y calidad al cual deben responder las IPS	La presión de las EPS está únicamente dirigida a bajar los costos/Contención de costos induce a caída en la calidad/ Las estrategias para atraer y retener usuarios referidas con mayor frecuencia, se centran en el mejoramiento de procesos de atención al cliente, tales como tiempos de espera, o en la ampliación de la oferta de servicios/Dados la estandarización del producto, el precio (UPC) y los requisitos esenciales de los proveedores, la calidad no es el centro de la competencia, sino la supervivencia de algunos agentes y la búsqueda de utilidad como fin esencial/Inflexibilidad en planes de cargos y presupuestos de las ESE públicas frente a las privadas/Insuficiencia de talento humano en salud para ciertas especialidades	Los proveedores de servicios de salud venden servicios de salud de mediana y alta complejidad bajo un régimen tarifario y un sistema de pagos adecuados/La georreferenciación en la prestación de servicios para los proveedores públicos garantiza equidad en la oferta de servicios/en zonas marginadas se prevén recursos destinados a la solidaridad por dispersión y zonas marginadas
	Positivos: Promover la competencia por calidad/basada en la disponibilidad de la información	No se dispone de in sistema de información único e interoperable	Todo el Modelo está basado en un sistema Único de Información/Plenamente interoperable/Basado en tecnologías de última generación e inteligencia artificial
	Disponibilidad información: Transmitida del nivel macro al meso/Prestigio por información de posición	Los usuarios tienen limitaciones serias en el acceso a la información en el supuesto de su libre elección/La libre elección a EPS depende de su disponibilidad y un porcentaje limitado de libre elección/Desconocimiento de beneficios a los que se tiene derecho y de los procesos para acceder al sistema/La integración vertical supone acudir a red de la EPS incentivada por ella misma/Incide más que la libre elección, la acción de terceros: funcionarios locales, empleadores, EPS, al asignar a sus usuarios a un proveedor/Si la calidad no predomina en la selección no genera el incentivo económico de mejoramiento de calidad del prestador/El prestigio se asocia en las grandes ciudades en proveedores de servicios de salud "de marca", generándose asimetrías en las estructuras de acceso a servicios	En el nuevo modelo el sistema de Gobernanza multinivel se fundamenta en reportes e informes conducidos a través de un sistema de información robusto/Existen instancias en el modelo de gobernanza que verifican la información e indicadores y siguen rutas precisas de acción

	Incentivos Meso (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia/ Gestión de riesgos de salud		
	RÉGIMEN ACTUAL	**DESEMPEÑO PRÁCTICO**	**RÉGIMEN PROPUESTO**
	Negativos: Evitar acciones que disminuyan la competencia/ Riesgo de sanciones e imagen pública/información para agentes del sistema/sanciones fuertes a los infractores/Supone buen sistema de información	El sistema de sanciones ha sido laxo/ En la última etapa las liquidaciones encuentran barreras en la imposibilidad de reasignar la población a EPS/Resistencias políticas a la aplicación de sanciones/Las acciones de corrupción han sido reiterativas a lo largo de la vida del sistema	Se fortalece el sistema de Inspección Vigilancia y Control/No existe la intermediación financiera en el Sistema/Se estructura un sistema de control en varios niveles del Sistema que va desde las unidades micro, hasta las macros/Se fortalecen las previsiones para el ejercicio del control social/Se establecen términos y condiciones para no dejar prosperar las fallas en los servicios hasta las vías judiciales, estructurando rutas de resolución ágiles y expeditas

VARIABLES	**Incentivos Micro (Regulaciones): Incentivos económicos basados en el ámbito institucional**		
INCENTIVOS	**RÉGIMEN ACTUAL**	**DESEMPEÑO PRÁCTICO**	**RÉGIMEN PROPUESTO**
Micro (ámbito institucional)	Cada proveedor toma las acciones pertinentes para lograr sus objetivos/Grado de autonomía/Capacidad de gestión	Las aseguradoras y prestadoras explotan la naturaleza heterogénea de los servicios de salud, para ofrecer productos diferenciados y eludir la competencia directa entre ellas/Riesgo moral en la relación asegurado-aseguradora y paciente medico/No alineación de incentivos entre aseguradores y prestadores/ Autonomía limitada de los agentes por las reglas del sistema	Los proveedores de servicios de salud estarán habilitados para tener autonomía y flexibilidad para ajustar su escala de operación/ Los proveedores no estarán segmentados por las preferencias de los aseguradores/El acceso de los proveedores privados y mixtos al sistema es abierto bajo las condiciones que aquél les exige
	Profesionalización y expectativa de la sociedad desmotivan comportamientos basados en el fin único de la ganancia económica	Con pocos aseguradores las empresas pagan un precio más bajo generando niveles de producción de servicios de salud por debajo de lo socialmente deseable/Ciertas especialidades no cuentan con suficiente oferta/La expectativa de la sociedad ha sido rebasada por la asimetría de información/Los mecanismos de tutela han sido muy altos en el sistema de salud	Habrá una política de formación y generación de competencias en las áreas críticas del Sistema de Salud/ las expectativas sociales son más informadas/ la participación social está en la base del sistema/ el criterio ordenador del Sistema de Salud es la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud/ el Sistema se fundamenta en el aseguramiento público y universal/ los comportamientos micro de los agentes proveedores se basa en el servicio público y en las reglas de contención de costos establecidos en todos los niveles de la gobernanza del Sistema

SITUACIÓN ACTUAL	**DESEMPEÑO ACTUAL**	**NUEVO MODELO**
A cargo de los aseguradores y proveedores de servicios de salud/Precio regulado de UPC/Tarifas de administración para los aseguradores reguladas/Plan de beneficios establecido	No hay alineación de incentivos en la contención de costos entre aseguradores y proveedores/El recobro o presupuestos máximos de lo no POS es un incentivo perverso/En la relación EPS-Prestadores se identifican incentivos perversos asociados a monopolios/ Problemas de incentivos en la industria farmacéutica, entre ellos: sesgos de publicación, problemas de replicabilidad de estudios, prácticas de sobornos/El poder de mercado por parte de aseguradoras y hospitales reduce el salario de médicos y enfermeras/ En el sector usuario más informado la EPS no conoce con certeza el estado de salud de este, por lo cual tiene incentivos a sobre utilizar el aseguramiento/En la relación prestador-paciente la asimetría de información lleva al fenómeno de la "demanda inducida"	a cargo de todos los niveles de gobernanza del sistema: Niveles Macro/Meso y Micro/Tarifas y formas de contratación de servicios adecuados a la contención de costos/evaluación de tecnologías y medicamentos costo efectivos/Unidades proveedoras con mecanismos internos de evaluación de costos/sistema de información y reportes analizados a todos los niveles del Sistema basado en el sistema Robusto de Información e inteligencia artificial / Gestión centralizada de recursos/auditorías estructuradas con base en Sistema Robusto de Información e IA

3. Inversión para el Sistema de información

El nuevo sistema de salud desarrollará un sistema de información único, público, transparente, disponible en línea, que usando las últimos recursos tecnológicos de Big Data, Procesamiento Digital de Imágenes, cadena de bloques y demás recursos para Inteligencia Artificial, que permita recuperar el máximo de información económica, clínica, científica, tecnológica, técnica y administrativa, desde los orígenes del sistema de salud vigente, para preservar recursos económicos y epidemiológicos, así como tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento de soporte a la justicia para sancionar la corrupción y evitarla en el sector salud, conforme al artículo 17 de la Ley 1751 de 2015.

El Sistema incluirá los datos necesarios para garantizar la información sobre componentes individuales, demográficos, determinantes de salud, genéticos y clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, incluyendo información administrativa, financiera y contable útil para ejercer un adecuado control de los recursos dispuestos y utilizados en esa clase de procedimientos. El elemento principal de este sistema deberá ser la historia clínica única.

Para lograr lo anterior, es indispensable fortalecer el proceso de intercambio de información con los diferentes actores del sistema, lo cual implica el fortalecimiento de esta arquitectura en cuanto a componentes de tipo lógico (software), físico (hardware), seguridad en la transmisión de la información y demás herramientas y componentes tecnológicos que faciliten esa recopilación de información de los diferentes actores que intervienen en la construcción de la historia clínica de los ciudadanos usuarios del sistema de salud.

Así mismo es necesario validar los Sistemas de información existentes que se requieren adecuar o intervenir, implementar y unificar sistemas o servicios de información existentes (SISPRO, SAT, MIPRES, BDUA entre otros), adquirir y/o desarrollar y/o implementar nuevas funcionalidades en tecnologías que ofrezcan mayor garantía de transparencia en la operación del sistema.

Es importante tener en cuenta que para lograr el sistema unificado en salud donde existen diversos actores del sector público y privado se debe fortalecer la estructura de gobernanza de la información, así como los aspectos referentes a seguridad de la información y protección de datos.

El enfoque de transformación digital planteado permite dirigir el modelo hacia la prestación de un mejor servicio al ciudadano y brindar una respuesta en salud preventiva, predictiva y resolutiva, basados en los 8 principios para la transformación digital de la Salud Pública planteados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS): conectividad universal, bienes públicos digitales, salud digital inclusiva, interoperabilidad, Derechos Humanos, Seguridad de la información, inteligencia artificial y arquitectura de la salud pública. A continuación, se describe de forma general los componentes del proceso de transformación digital.

Consolidación de datos e información.: es necesario realizar procesos de consolidación de información, generación de maestras de datos (Personas, prestadores, medicamentos, procedimientos, tabla evolución) que permitan garantizar que la historia clínica digital sea la vía para que los colombianos obtengan una mejor prestación de los servicios de salud, a partir de la información que el Ministerio ha venido obteniendo y la disponible en las EPS de sus afiliados. Este proceso permitirá fortalecer la base de la información para la toma de decisiones que conlleven a la generación de políticas y lineamientos en materia de aseguramiento, atención y prestación de servicios de salud, cobertura y política pública para población vulnerable. Así como establecer la gobernanza del dato y la información del sistema de salud nacional. Presupuesto: 12 mil millones de pesos anuales

Interoperabilidad e intercambio de información.: uno de los más relevantes procesos que el Ministerio debe fortalecer es la obtención y entrega de información a los diferentes actores que participan en el sistema de atención y prestación de servicios que conforman el expediente o historia clínica de los ciudadanos. En este sentido y enmarcado en una orientación de servicio al ciudadano como lo expresa la política de gobierno digital, es indispensable continuar

fortaleciendo los mecanismos de intercambio de información con todos los actores que garanticen esa eficiencia para esta prestación de servicios. En este ámbito participan los prestadores de servicios, con toda la información que hace parte de la historia clínica, medicamentos, dispositivos clínicos, procedimientos, etc. En este contexto es importante fortalecer al Ministerio desde los aspectos técnicos que involucran este proceso: infraestructura, desarrollo de los servicios, implementación de procesos automatizados para intercambio de información, construcción de APP o aplicaciones web para la visualización de la información, incorporación a la carpeta ciudadana, etc. Presupuesto: 15 mil millones de pesos anuales.

Análisis de información a nivel descriptivo y predictivo.: a partir de la consolidación de la información, la unificación de los sistemas de información, la generación de maestras de información, y el intercambio de información, es necesario fortalecer e incorporar procesos de análisis descriptivo, diagnóstica, predictiva y prescriptiva que le permita al Ministerio identificar qué está sucediendo, a partir de datos históricos determinar las causas, anticipar sucesos a partir de tendencias, prescribir las probables medidas a tomar para prevenir un evento futuro, enmarcado en el modelo de atención de servicios. Presupuesto: 24 mil millones de pesos anuales

Seguridad de la información.: adopción de instrumentos normativos sobre el tratamiento y la protección de datos sensibles de salud, así como implementación de herramientas de seguridad para los sistemas de información; generar una "cultura de manejo de datos seguros y confiables", entendida como el equilibrio entre la necesidad de acceder a los datos y la privacidad. Presupuesto: 8 mil millones de pesos anuales

Arquitectura e infraestructura.: con el fin de garantizar el funcionamiento continuo de los sistemas y servicios, se debe mantener y robustecer su infraestructura tecnológica. Presupuesto: 12 mil millones de pesos anuales.

Uso y apropiación.: con respecto a los servicios implementados y conforme a la estrategia de plan de uso y apropiación para servicios y productos de TI, se elaborará el plan de implementación correspondiente, teniendo en cuenta que estos servicios tendrán un impacto en el ecosistema en salud. Presupuesto: 2 mil millones de pesos anuales

Telesalud.: Con el fin de facilitar el uso y el acceso a la atención de salud, es importante la promoción por parte de los prestadores de servicios de salud, el acceso a través de Telesalud, lo cual también facilita la ampliación de cobertura, descongestión de centros de atención. Para esto el Ministerio deberá proponer la arquitectura tecnológica que soportará este servicio.

Conectividad. Este componente es fundamental fortalecer, en especial en las regiones donde aún no se tiene cobertura de conexión a internet. Este componente es clave en la implementación de los servicios que hacen parte del Sistema Único de Salud.

Tabla Resumen de inversión en sistema de información

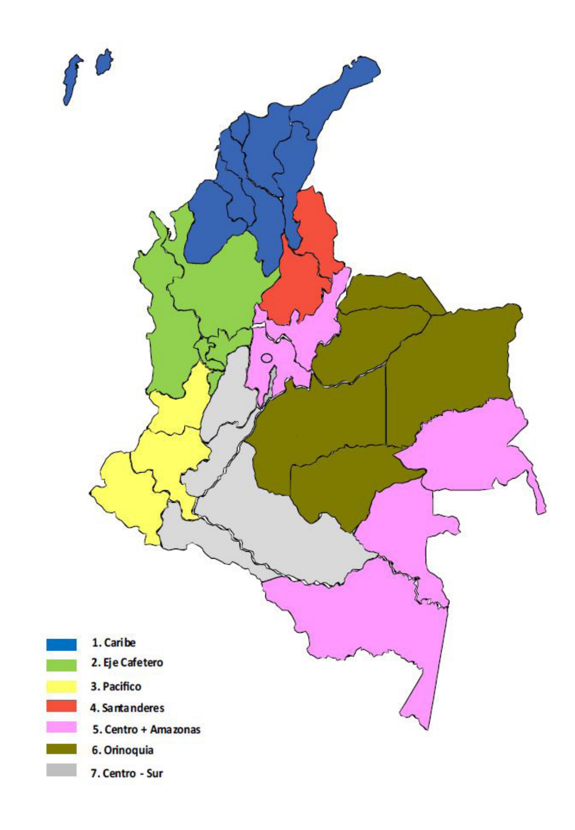
Componente de la transformación digital	Presupuesto anual
Consolidación de datos e información	12.000.000.000
Interoperabilidad e intercambio de información	15.000.000.000
Análisis de información	24.000.000.000
Seguridad de la información	8.000.000.000
Arquitectura e infraestructura	12.000.000.000
Uso y apropiación de la información	2.000.000.000
Total	**73.000.000.000**

4. Costos de desconcentración del ADRES para asumir la función de pagador único

La desconcentración de la ADRES para asumir la función de pagador único se basa en la conformación de siete regionales que contratarían la red y tendrían la asignación presupuestal para ordenar el pago de servicios de mediana y alta complejidad, y 33 oficinas departamentales, que recibirían y auditarían en primera instancia tanto cuentas médicas como incapacidades y licencias, además del SOAT, que actualmente se audita centralizadamente (ver mapa y cuadro anexo con población).

El componente de prestación Primaria será financiado por presupuestos tipo, de forma que no genera revisión de cuentas, aunque debe producir 200 millones de atenciones, con un promedio de tres a cuatro ítems por atención (con poca dispersión). Para el reconocimiento de servicios especializados y hospitalarios de mediana y alta complejidad en cada departamento se deben implementar las acciones de supervisión, seguimiento y control a la efectiva prestación de los servicios contratados en la red, por lo cual debe realizar auditoría integral: técnica, administrativa, financiera, contable, jurídica y de sistemas de información al 100% de las cuentas presentadas, validando la pertinencia médica, además de la auditoría concurrente. Incluye auditorías aleatorias a la red y auditorías para investigación de irregularidades en la prestación de servicios o facturación contra los Fondos del Sistema.

7 REGIONES OPERACIÓN ADRES



Fuente: elaboración propia ADRES

Para la estimación de los costos, los cálculos parten de la necesidad de revisar y reconocer un promedio de tres atenciones especializadas y hospitalarias por ciudadano al año, que a su vez incluyen un grupo de servicios (un promedio de seis a siete ítems, aunque con gran dispersión) como parte integral de la atención. El estimado supone en consecuencia aproximadamente 156 millones de cuentas médicas que deben ser auditadas y reconocidas anualmente en las 32 oficinas departamentales y el Distrito Especial; finalmente aprobadas y ordenado el pago por parte de los Fondos Regionales de Seguridad Social, que a su vez solicitarán los respectivos giros a la ADRES.

Para procesar ese gran volumen de cuentas y proceder al reconocimiento de las mismas o su glosa parcial o total, existen dos opciones.

- La primera, la tradicional, se caracteriza por una auditoría centrada en la revisión manual de los soportes de cada ítem detallado, de cada cuenta, correspondiente a una atención. Esta opción no ha demostrado la capacidad de entender las razones del incremento del gasto y los incentivos de los prestadores en la misma dirección, lo que no permite ajustar el régimen tarifario y de contratación para lograr mayor calidad de los servicios, acompañada de una racionalización del gasto del Sistema. (ver anexo)

- La segunda opción o forma de auditoría se centra en la inteligencia del análisis del gasto, el estudio de las desviaciones y el análisis comparativo del comportamiento de los prestadores en servicios comunes, para determinar aquellos que se desvían del promedio esperado para los protocolos de atención de una patología o servicio determinado, bien sea por mayor utilización de servicios y sus componentes por paciente, o bien sea por prolongar los tiempos de atención y resolución de los casos. Esta segunda opción se apoya en la modificación del Régimen Tarifario y de formas de pago único que determinará el Ministerio de Salud, dirigido a eliminar las tarifas detalladas y a determinar pagos integrales por tratamientos y servicios, así como formas de pago que impliquen riesgo compartido, tarifas que deben integrar factores adicionales por regiones geográficas y calidad de los servicios y acreditación institucional.

El costo de las oficinas de los Fondos Regionales de Seguridad Social también varía según las dos opciones señaladas, así. La primera opción con una nómina promedio de 780 personas y un costo de 70.232 millones de pesos al año y la opción dos con una nómina de 819 personas y un costo de 95.180 millones al año, por ser un personal más calificado para el análisis del gasto (ver anexo costos Fondos Regionales). Adicionalmente se contemplan los costos de oficinas y los costos logísticos en ambos escenarios, para 40 oficinas sobre un costo promedio (ver anexo). Igualmente, el costo de inversión en desarrollo de software y plataforma, con mayor exigencia y gasto en el segundo escenario, que soporta mayor desarrollo tecnológico y capacidad de análisis.

El cuadro final resultante es el siguiente, que permite decidir, sin duda, que la segunda opción debe ser la viable. Incluye el gasto central de la ADRES y su reorganización.

Distribución	Propuesta 1		Propuesta 2	
	Auditoria: revisión manual		Auditoria: validación con sistemas	
	Personas	Recursos / año (pesos)	Personas	Recursos / año (pesos)
32 Departamentos y 1 Distrito	30.327	2.464.209.000.000	5.280	405.999.000.000
7 Regiones	780	70.232.400.000	819	95.180.400.000
Instalaciones y Operación		286.416.000.000		209.760.000.000
Sede Nacional		200.000.000.000		200.000.000.000
Plataforma Tecnológica		50.000.000.000		100.000.000.000
Total	**31.107**	**3.070.857.400.000**	**6.099**	**1.010.939.400.000**

5. Costos de prestación primaria, diseño y operación a nivel municipal y territorial

El valor total del costo de la prestación de servicios primarios para la población colombiana (49,2 millones de personas, sin incluir regímenes especiales) para 2023, se estimó en **$ 24,86 billones de pesos**, a partir del valor per cápita costeado para la prestación de servicios de salud primarios en hospitales públicos.

Este costo se estimó tomando como referencia el valor per cápita en hospitales públicos para 2023 de la prestación de servicios de salud primarios, para una población objetivo de 17,3 millones de personas, cuyo costo total es de **$ 8,79 billones de pesos, y el valor per cápita año es de $ 508.232 pesos.**

Ver cálculos finales en la tabla siguiente.

Tabla. Población objetivo asignada, según tipología municipal por partición pública en la prestación de servicios de salud primarios 2023

Configuración de la Prestación de los Servicios en el Territorio	perfil	% participación hospital público primario en Colombia	# de Municipios	Población total	%	Población Objetivo	Total Costos y Gastos de Funcionamiento Estimados para el Componente Primario	Costo Per Cápita Anual	Costo Per Cápita Mensual
MUNICIPIOS CON PRESTADOR PÚBLICO ÚNICO	monopolio público	100%	504	3,257,406	6.6%	3,208,518	736.113'991.500	436.854	36.404
MUNICIPIOS CON PRESTADOR PÚBLICO ÚNICO servicios "trazadores" (1)	monopolio público	100%	372	6,873,801	14.0%	6,622,875	2"452.922'927.605	370.371	30.864
MUNICIPIOS CON PRESTADOR PÚBLICO PRINCIPAL	oligopolio público	65%	90	2,594,831	5.3%	1,685,035	1"529.735'854.822	476.773	39.731
MUNICIPIOS CON MÚLTIPLES PRESTADORES (privados escasos públicos)	Competencia pública y privada	16%	156	36,532,310	74.2%	5,785,673	4"074.705'577.710	704.275	58.690
Total general			1,054 (2)	49,258,348 (3)	100.0%	17,302,101	8"793.478'351.637	508.232	42.353

Fuente: cálculos propios

- Para realizar la estimación se tomaron como supuestos generales:
  - El valor estimado per cápita para una población objetivo en hospitales públicos (CAPS operados por prestadores públicos), es aplicable al resto de la población, con servicios provistos por prestadores privados o mixtos (se conoce que el costo de operación de prestadores privados, es menor que el de prestadores públicos, lo que podría terminar reduciendo el valor total, en análisis futuros de detalle).
  - Se toma como supuesto, que los costos de operación de los hospitales públicos, que operan como empresas sociales del estado, al ser transformados en instituciones de salud del estado, no tendrán que continuar desplegando procesos asociados a los costos de transacción (el costo de hacer negocios), y que la reducción de este costo, se recompone de nuevo, con el nuevo costo de los nuevos procesos asociados a la caracterización poblacional, la adscripción, el agenciamiento de usuarios dentro de la red. Esto requerirá estudios de detalle futuros.

- De acuerdo con el modelo de estimación de fuentes y usos de recursos propuesto en el proyecto de reforma, para la atención primaria integral en salud APIS, se alcanzaría el valor de financiamiento requerido en el año 2026, lo que, al igual que la implementación del modelo en un periodo de transición y el desarrollo de capacidades a partir de las actuales disponibles (públicas y privadas) en el país, tanto en talento humano en salud, sistemas de información y otras, permitirá considerar que en un periodo de 3 años, a partir de 2023, se podría tener el modelo completo de operación de prestación primaria en el marco de los CAPS (centros de atención primaria en salud) propuesto.

El siguiente gráfico, muestra el valor per cápita costeado para cada una de las subregiones (provincias) del país:



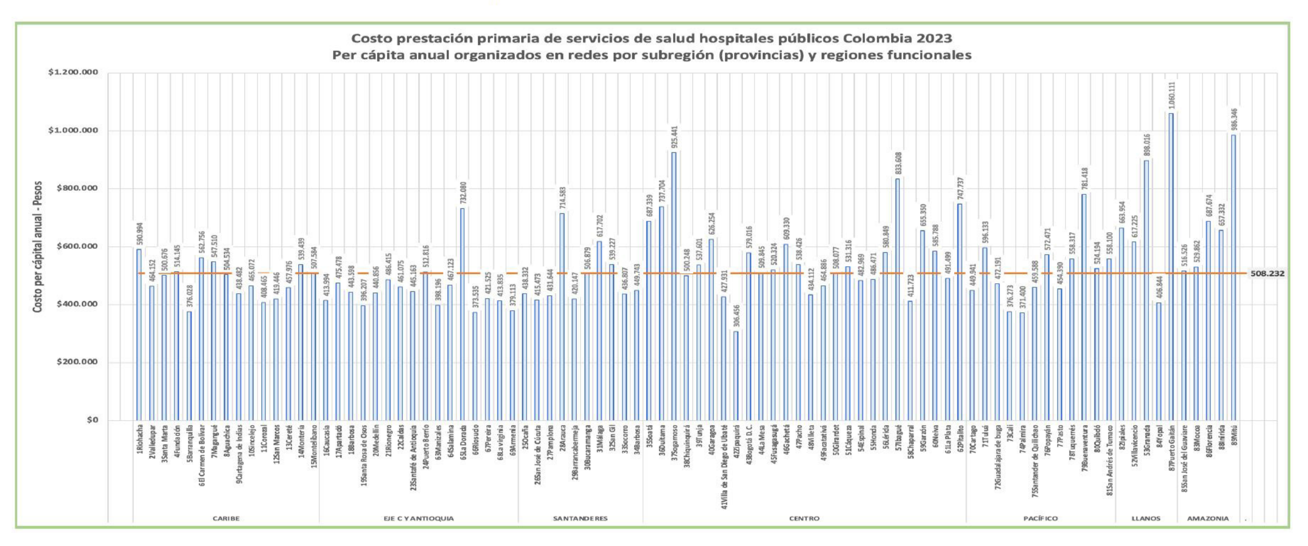


Gráfico 18. Variaciones del valor per cápita por subregión (provincia) 2023.

Fuente: MSPS 2022 Estudio de modelación de la prestación de servicios primarios de salud en hospitales públicos ESE en Colombia.

6. Proyecciones de fuentes de recursos para la reforma para infraestructura y Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS

Las Empresas Sociales del Estado, debido a las políticas de medición del riesgo fiscal a partir de indicadores financieros[103], que privilegió las condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera de las instituciones sobre la necesidad de garantizar una capacidad instalada física, ha contribuido al cierre de servicios que no son "rentables" económicamente, así como al deterioro en la infraestructura y en los equipos con que cuentan las instituciones, pues el déficit no ha permitido que se realicen los mantenimientos correspondientes, llevando a la reducción de la capacidad técnica y operativa de las ESE, así como a la falta de oportunidad y calidad en la atención.

La estrategia de intervención en Infraestructura, dotación y tecnología en salud plantea fortalecer el nivel primario, como un mecanismo de respuesta para facilitar el acceso a los servicios de salud en las comunidades, priorizando a las que viven en zonas rurales y rural dispersa fundamentada en la oferta, proceso que se materializará mediante la construcción, adecuación, ampliación, dotación de la infraestructura intramural requerida para proporcionar un alto nivel resolutivo con respaldo tecnológico de alto nivel, incentivar la innovación de atención domiciliaria, fortalecer las estrategias de telesalud y telemedicina, buscando mejorar el acceso en zonas rurales y apartadas.

Teniendo en cuenta las necesidades de infraestructura, dotación y tecnología para fortalecer la red pública de prestación de servicios (Empresas Sociales del Estado) a fin de desarrollar el modelo de atención preventivo, predictivo y resolutivo,

103 LEY 1438 DE 2011. ARTÍCULO 80. Determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado.

basado en la atención primaria en salud, se plantea la necesidad de transformar los Centros y Puestos de salud en Centros de Atención Primaria de las Instituciones de Salud del Estado.

6.1. Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS

Los CAPS son unidades polifuncionales, como base organizativa de la red de servicios de salud con el talento humano capacitado y laboralizado, con infraestructura y dotación pertinentes al territorio y la población, que identifica y atiende las necesidades en salud con un enfoque preventivo, predictivo basado en Atención Primaria en Salud - APS. Las intervenciones para realizar son las siguientes:

- Reposición: construcción de Infraestructura en salud para reemplazar la existente en mal estado (entre el 75% y el 100%) o en zonas de alto riesgo no mitigable[104]. Incluye dotación que requiera ser reemplazada.
- Nuevos: construcción en zonas donde no existe o no es suficiente la infraestructura pública o privada o mixta.
- Ampliación: incremento del área construida con su respectiva dotación, para completar el portafolio de servicios definidos para los Centros de Atención Primaria (consulta externa, urgencias y atención de partos), así como el espacio para la residencia de los integrantes de los equipos - ESIT.
- Adecuación: infraestructura en salud existente en mal estado (entre el 25% y el 75%)[105], que requiere mejoramiento sin aumento del área construida.

6.2. Infraestructura hospitalaria intramural – nivel 1

Se plantea el fortalecimiento del papel del Estado en la recuperación de la red pública para garantizar el acceso de la población a la prestación de los servicios, a través de la construcción, ampliación, adecuación, reforzamiento estructural y dotación de hospitales nivel 1 de complejidad, de manera prioritaria en comunidades que carecen de la infraestructura necesaria donde la existente requiere reposición dada la condición de riesgo no mitigable o el avanzado estado de deterioro en el que se encuentran. De igual manera, está orientado a la construcción de obras que posibiliten la ampliación de servicios y el mejoramiento de la dotación y tecnología en salud.

6.3. Infraestructura hospitalaria intramural – niveles 2, 3

Las intervenciones están dirigidas a ampliar la capacidad instalada, mejorando la oferta del servicio a través de la adecuación o ampliación de la infraestructura física existente, así como la innovación en la dotación y provisión de tecnologías hospitalarias, que contribuyen a mejorar la resolutividad en la atención especializada y la adecuación de la infraestructura a la normatividad vigente en materia de reforzamiento estructural, accesibilidad a la población con movilidad reducida, de modernización de las instalaciones hidrosanitarias, de gases, red contra incendios y conectividad, entre otras.

6.4. Infraestructura nacional

Se busca fortalecer el desarrollo de la infraestructura hospitalaria de Empresas Sociales del Estado de carácter nacional, de alta complejidad e impacto, estratégicas para el tratamiento de enfermedades que requieren de una atención altamente especializada, con tecnología médica de avanzada.

104 Sistema de Información Hospitalaria -SIHO. Información reportada por las ESE, validada y presentada por las DTS al MSPS en cumplimiento del Decreto 2193/2004, compilado en el Decreto 780/2016-Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

105 Ibidem

- Hospital San Juan de Dios: elevado a la categoría de monumento nacional[106] y reconocido como Bien de Interés Cultural (BIC), se realizarán acciones tendientes a mantener la vocación de los servicios que se encuentran en las edificaciones que lo conforman, para lo cual se requiere entre otras actividades, realizar el reforzamiento estructural bajo la normatividad que reglamenta la intervención del inmueble en el marco de la conservación contextual, en observancia del respectivo Plan Especial de Manejo y Protección (PEMP)[48].

- Instituto Materno Infantil: se requiere ajustar los diseños a la norma, licenciar las obras y hacer los ajustes para mantener la vocación del edificio.

- Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta: se realizarán las obras necesarias para mejorar las condiciones de acceso al tercer piso, la separación y el tratamiento de aguas residuales, la modernización de las instalaciones de voz, datos, la construcción de la red contra incendios y dotación, con lo cual se pretende mejorar la prestación de los servicios de salud especializados.

Estimación General Costos Infraestructura

Componentes	2023	2024	2025	2026	Totales
	Valor	Valor	Valor	Valor	
Centros de Atención Primaria	$ 663.638	$ 2.900.000	$ 3.000.000	$ 400.000	$ 6.963.638
Infraestructura Hospitalaria Intramural - Nivel 1	$ 200.000	$ 247.000	$ 300.000	$ 300.000	$ 1.047.000
Infraestructura Hospitalaria Intramural - Nivel 2 y 3	$ 510.000	$ 600.000	$ 504.000	$ 500.000	$ 2.114.000
Infraestructura Nacional	$ 300.000	$ 300.000	$ 400.000	$ 200.000	$ 1.200.000
Subtotal	**$ 1.673.638**	**$ 4.047.000**	**$ 4.204.000**	**$ 1.400.000**	**$ 11.324.638**

*Valores en millones de pesos

Los recursos proyectados para inversión de infraestructura parten de sostener los 1.5 billones aprobados para 2023 con destino al desarrollo de los Centros de Atención Primaria, a lo largo de los 10 años del ejercicio financiero, con un pequeño crecimiento del 1.1% anual.

Por otro parte, para el desarrollo del Sistema Hospitalario en el país se asignan los recursos de la contribución del 52% sobre la prima SOAT, contribución que fue creada con este propósito, más los recursos del impuesto de armas y municiones pensado en desarrollar las redes de urgencias. En conjunto suman 2.397.916.862.256 en 2023 y se proyectan con un crecimiento del 6% anual.

7. Proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma

Proyecciones de fuentes de recursos para la reforma.

La reforma a la salud se financiará tomando como punto de partida los recursos destinados al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en 2023, adicionalmente el gobierno nacional constituye un esfuerzo orientado a fortalecer la atención primaria y el fortalecimiento de la red hospitalaria pública. De esta forma, la proyección de las principales fuentes de financiación para el periodo 2024-2033 se realizó como se describe a continuación:

106 Ley 735 de 2002

48 Resolución 0995 del 29 de abril de 2016

1) Presupuesto General de la Nación -PGN: desde la eliminación de las cotizaciones patronales y la puesta en marcha del CREE (Impuesto sobre la Renta para la Equidad), el PGN ha entrado a cubrir los costos del aseguramiento en salud y la tasa de crecimiento promedio 2017-2022 (sin 2020) ha sido de 11,1% real y 17,6% nominal. No obstante, la proyección de los recursos en salud para el primer año de entrada en vigencia de la reforma (2024) suponen un decrecimiento real de 1.2% y de 2025 en adelante un crecimiento cercano al crecimiento del Producto Interno Bruto -PIB. Si bien, esta variación representa una desaceleración del crecimiento observado los últimos años, permite un aumento importante de los recursos generales de la salud.

2) Sistema General de Participaciones -SGP: El crecimiento de los recursos del SGP se calcula con el promedio de la variación porcentual de los Ingresos Corrientes de la Nación -ICN recaudados de los últimos cuatro años[107]. Los crecimientos proyectados incluyen el efecto de un incremento excepcional de los ICN de 2022 y los de la reforma tributaria a partir de 2023. Las estimaciones del SGP fueron remitidas por la dirección de política macro del Ministerio de Hacienda y Crédito Público -MHCP.

3) Las cotizaciones de seguridad social en salud y las demás fuentes del SGSSS se proyectaron conservadoramente con la mitad de la variación del PIB para toda la serie.

La siguiente grafica muestra las tasas de crecimiento proyectadas para las tres principales fuentes del SGSSS que describen el comportamiento de más del 80% de los recursos del sistema.

Grafica #: Tasa de crecimiento anual de las principales fuentes que financian el SGSSS. 2023-2033



	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Cotizaciones	4,5	1,4	1,79	1,81	1,60	1,60	1,60	1,60	1,60	1,60	1,60
SGP Salud	10,2	29,3	16,3	18,4	5,8	2,8	3,3	2,5	2,2	3,1	3,1
PGN	27,8	-1,2	3,58	3,6	3,20	3,20	3,20	3,20	3,20	3,20	3,20

Fuentes citadas y cálculos propios.

El proyecto de ley define una asignación de las fuentes de financiación a las subcuentas propuestas así:

a) Atención Primaria Integral en Salud: este componente se financiará principalmente con recursos de los municipios y distritos, es decir los recursos que les correspondan del SGP y sus recursos propios; también incluirá fondos de solidaridad del sistema y el PGN complementará esta cuenta, de manera que la atención primaria incremente su participación en total de los recursos de salud.

b) Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados -SAHE: Esta es la cuenta con mayor participación porcentual, incluye las cotizaciones SGSSS, el recaudo de Regímenes Especiales y de Excepción -REE, otros ingresos de capital, prima FONSAT, contribución sobre la prima SOAT, Impuesto a las armas, municiones y explosivos, aportes de las Cajas de Compensación (CCF) y una fracción de los recursos del PGN.

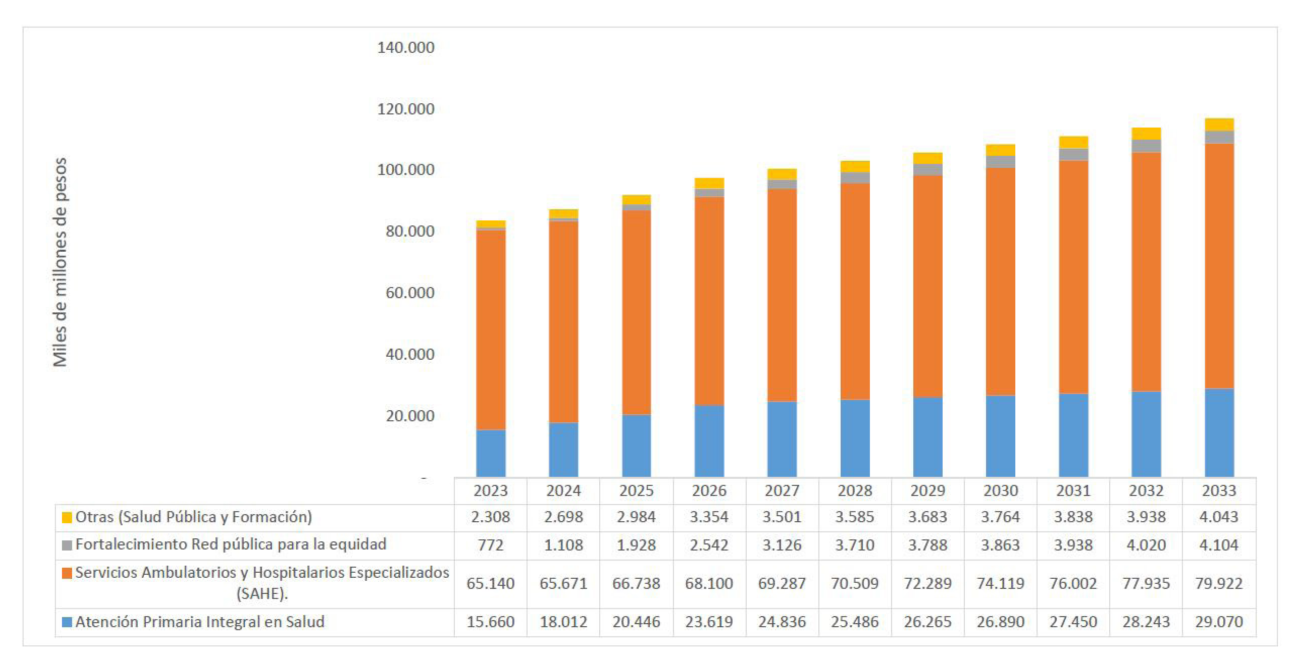
107 En concordancia con el artículo 357 de la Constitución Política de Colombia.

c) Fortalecimiento Red pública para la equidad: esta cuenta paulatinamente devuelve a los departamentos las rentas cedidas que serán destinadas al fortalecimiento de la red hospitalaria pública de mediana y alta complejidad. Se complementan con recursos del PGN para garantizar el funcionamiento de aquellos hospitales que por la atención de poblaciones dispersas no pueden lograr por venta de servicios su financiamiento.

d) Otros Recursos de la SGSSS: reúne los recursos orientados al Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública -CEISP y la Formación en Salud que actualmente cubre los pagos a residentes médicos.

La siguiente gráfica muestra el comportamiento de los recursos del SGSSS en la distribución de las principales cuentas propuestas por la reforma.

Gráfica: Proyecciones 2033 de las fuentes de financiación por subcuenta. Pesos constantes de 2023

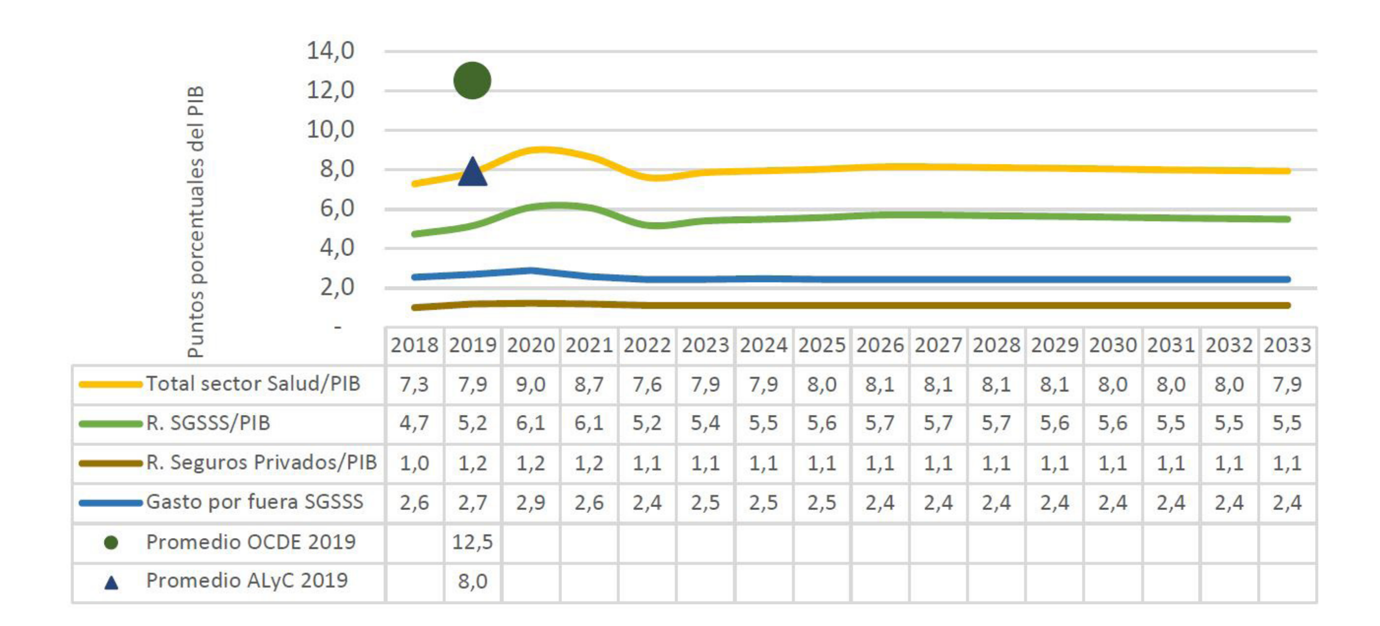


	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Otras (Salud Pública y Formación)	2.308	2.698	2.984	3.354	3.501	3.585	3.683	3.764	3.838	3.938	4.043
Fortalecimiento Red pública para la equidad	772	1.108	1.928	2.542	3.126	3.710	3.788	3.863	3.938	4.020	4.104
Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE).	65.140	65.671	66.738	68.100	69.287	70.509	72.289	74.119	76.002	77.935	79.922
Atención Primaria Integral en Salud	15.660	18.012	20.446	23.619	24.836	25.486	26.265	26.890	27.450	28.243	29.070

Fuente: Cálculos propios.

Para el 2019, el promedio de gasto en salud de los países de la OCDE fue 12,5 puntos porcentuales del PIB y el de América Latina y el Caribe -ALyC es de 8,0%, las fuentes de financiamiento del SGSSS pasaron de 4,7 puntos del PIB en 2018 a 5,4 pp en 2023 (año de partida de la reforma) y ascenderían 5,7 en 2026, año de finalización del gobierno actual. El total del gasto en salud de Colombia como porcentaje del PIB tiene una tendencia estable alrededor de 8 puntos porcentuales.

Participación % de los recursos en Salud respecto al PIB



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Total sector Salud/PIB	7,3	7,9	9,0	8,7	7,6	7,9	7,9	8,0	8,1	8,1	8,1	8,1	8,0	8,0	8,0	7,9
R. SGSSS/PIB	4,7	5,2	6,1	6,1	5,2	5,4	5,5	5,6	5,7	5,7	5,7	5,6	5,6	5,5	5,5	5,5
R. Seguros Privados/PIB	1,0	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Gasto por fuera SGSSS	2,6	2,7	2,9	2,6	2,4	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
Promedio OCDE 2019		12,5														
Promedio ALyC 2019		8,0														

Nota: *Los recursos fuera del SGSSS incluyen SOAT, riesgos laborales, los seguros privados, prepagadas y planes complementarios.
Fuente: Cálculos propios. Promedios OCDE y América Latina y el Caribe -ALyC, Banco Mundial.

8. Saneamiento de deudas

Se propone que en desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA pueda gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. -CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez descontada su comisión por la gestión de cobranza.

8.1. Pasivos de Empresas Sociales del Estado

A septiembre 30 de 2022 se estima que los pasivos de las ESE pueden ser 7,3 billones suma que incluye provisiones. Además de lo descrito arriba, para este componente se propone tener en consideración el Artículo sexto. Ley 1797 de 2016: " …b) Saneamiento directo de pasivos de las Empresas Sociales del Estado hasta el monto máximo de la cartera no pagada por las Empresas Promotoras de Salud liquidadas de conformidad con la disponibilidad de recursos para este fin, y …"

8.2. Capitalización de EPS receptora

La capitalización de la Nueva EPS no es un costo atribuible a la reforma, dado que fue incluida en el Plan de Desarrollo y obedece a la necesidad, en cualquier caso, de fortalecer esta institución en cualquier escenario. De esta forma en el Proyecto del Plan Nacional de Desarrollo "Colombia, potencia mundial de la vida", se establece:

ARTÍCULO 78. FORTALECIMIENTO PATRIMONIAL DE LAS EMPRESAS DEL ORDEN NACIONAL. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público podrá capitalizar en efectivo o mediante cualquier mecanismo de fortalecimiento patrimonial a las empresas del orden nacional que así lo requieran para la continuidad y desarrollo operativo de su negocio, sujeto a la debida sustentación técnica y financiera y a la disponibilidad presupuestal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Dentro de esta perspectiva se fortalecerá la Nueva EPS. A efectos de ilustrar lo que ello significa.

8.2.1. Simulación condiciones financieras EPS receptora – Primer Año

El presente documento, tiene como propósito presentar simulación de necesidad de capitalización de una EPS receptora de naturaleza mixta, con habilitación para la administración de los regímenes subsidiado y contributivo y Plan de Atención Complementaria (PAC), como lo es la Nueva EPS.

8.2.2. Antecedentes

El punto de partida del ejercicio, son las entidades clasificadas en riesgo alto o medio, que registran los siguientes afiliados por régimen:

Tabla 1. Distribución población por régimen de EPS retiradas – Dic. 2022

Entidad	Subsidiado	Contributivo	Total
Emssanar E.S.S.	1.761.510	145.332	1.906.842
Asmet Salud	1.930.490	95.700	2.026.190
Comfaoriente	215.500	17.951	233.451
Comfachocó	166.140	7.758	173.898
Capital Salud	1.085.933	101.030	1.186.963
Capresoca EPS	157.619	19.379	176.998
Famisanar	803.289	2.231.871	3.035.160
Ecoopsos	343.685	16.859	360.544
EPS S.O.S. S.A.	165.758	595.445	761.203
Savia Salud EPS	1.554.974	127.735	1.682.709
TOTAL	**8.184.898**	**3.359.060**	**11.543.958**

Fuente: BDUA diciembre 2022

Cabe indicar que para el cierre del mes de diciembre Nueva EPS, registra la situación población:

Tabla 2. Distribución población por régimen de EPS receptora – Diciembre 2022

Entidad	Subsidiado	Contributivo	Total
Nueva EPS	5.322.965	4.750.940	10.073.905

Fuente: BDUA diciembre 2022

En primera instancia se señala que el Decreto 780 de 2016, en sus artículos 2.5.2.2.1.5 y 2.5.2.2.1.7, establece lo relacionad con el cumplimiento de condiciones financieras en lo relacionado con capital mínimo y patrimonio adecuado, indicando que para el primero resulta de la suficiencia de la sumatoria de algunas cuentas patrimoniales frente al capital requerido, que se ajusta anualmente con la variación del índice de precios al consumidor (IPC) y el segundo es la acreditación en todo momento un patrimonio técnico superior al nivel de patrimonio adecuado. Para el cumplimiento del indicador de patrimonio adecuado se verifica que el patrimonio técnico (capital primario menos capital secundario siempre y cuando este último sea positivo) sea mayor o igual al patrimonio adecuado (El 8% de la sumatoria de los últimos 12 meses).

En la siguiente tabla, se presenta el capital mínimo requerido que para la vigencia 2022, para entidades con las características descritas para la entidad receptora:

Tabla 3. Requerimiento de Capital Mínimo de las EPS año 2022

Miles de $

Capital Mínimo EPS	2022
Capital base	13.666.000
Capital adicional para cada régimen y por Plan Complementario	1.357.000
EPS con un solo régimen	13.666.000
EPS con los dos regímenes ó RC + Plan Complementario	15.023.000
EPS con dos regímenes y Plan Complementario	**16.380.000**

Fuente: Construcción propia, referencia Decreto 780 de 2016

Dada la disponibilidad de información, en virtud de la periodicidad de reporte que efectúan las entidades y que es la base para el cálculo de cumplimiento de condiciones financieras, se presenta el resultado de la entidad receptora, a noviembre de 2022:

Tabla 4. Resultados evaluación cálculo condiciones financieras EPS receptora – Noviembre 2022

Miles de $

Indicador	Capital Mínimo Requerido (2 Regímenes y PAC)	Capital Mínimo Acreditado	Resultado Capital Mínimo	Deterioro de cuentas por cobrar NO UPC	Diferencia Presupuest o Máximos	Déficit o Supéravit de Capital Mínimo
Capital Mínimo	16.380.000	379.248.88 8	362.868.888	272.667.003	407.870.417	1.043.406.30 9
Indicador	**Patrimonio Técnico**	**Deterioro de cuentas por cobrar NO UPC**	**Diferencia Presupuesto Máximos**	**Patrimonio Técnico Neto**	**Patrimonio Adecuado**	**Resultado Patrimonio Adecuado**
Patrimonio Adecuado	318.182.031	272.667.00 3	407.870.417	998.719.451	701.689.829	297.029.623

Fuente: Construcción propia, reporte de información Circular Externa 016 de 2016.
Nota: Datos en revisión por parte de la Dirección de Inspección y Vigilancia para EAS

Es pertinente indicar que para el presente ejercicio se toma los resultados del cálculo de condiciones financieras de capital mínimo y patrimonio adecuado del mes de noviembre de 2022, en revisión, dado el impacto negativo que obtuvo en el resultado de su operación, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 5. Variación resultado Capital Mínimo y Patrimonio Adecuado – Octubre – Noviembre 2022

Miles de $

Indicador	octubre	Noviembre	Diferencia
Déficit o superávit de capital mínimo	1.160.848.933	1.043.406.309	- 117.442.624
Déficit o superávit de Patrimonio Adecuado	414.539.182	297.029.623	- 117.509.559

Fuente: Construcción propia, resultado cálculo de condiciones financieras DIV-EAS (noviembre en revisión).

Ahora bien, el cálculo presentado en la Tabla 4 y como allí se observa, se ve impactado por las condiciones transitorias definidas en el Decreto 1492 de 2022, relacionadas con: (i) Disminución temporal del porcentaje del cálculo de patrimonio adecuado (8%) hasta de 2.5 puntos porcentuales por recepción de afiliados, que se incrementará 0.5 anualmente partiendo de la fecha de recepción, (ii) Afectación de los ingresos UPC por inclusión de actividades que se financiaban con presupuestos máximos, (iii) NO inclusión del déficit de presupuestos máximos en el cálculo de los dos indicadores, indicando que estos dos últimos rigen hasta diciembre de 2024 y, (iv) Deducción del efecto del deterioro de las cuentas por cobrar asociadas a servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de los servicios prestados hasta prestadas hasta 31 de diciembre de 2019, que rige hasta 31 de diciembre de 2022.

Es pertinente señalar que, la Nueva EPS se encuentra en ejecución de un Plan de Ajuste Financiero (PAF) aprobado en diciembre de 2021, en el que proyectó en su modelo financiero capitalizaciones por valor de $454.000 millones, de los cuales materializó $109.000 millones en febrero de 2022, quedando pendiente por capitalizar la suma de $345.000 millones, que debe ser efectiva, si lo requiere, para el cumplimiento de condiciones financieras y de solvencia durante el período de transición del PAF que termina en el año 2024. Se anota que, al corte de noviembre de 2022, la EPS NO CUMPLE con el indicador de régimen de inversiones de la reserva técnica.

8.2.3. Escenario de condiciones financieras

Para la elaboración del escenario de proyección de necesidades de capitalización de la EPS receptora, se toman dos elementos, que impactan en el resultado de la entidad: (i) El requerimiento adicional para el cumplimiento de los indicadores de condiciones financieras (capital mínimo y patrimonio adecuado) en el marco de lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y (ii) La siniestralidad que afecta el resultado de la operación. Para realizar el ejercicio contenido en el presente documento, se toma como base la información reportada en los archivos tipo, establecidos en las diferentes circulares externas para efectos de supervisión, por las entidades a través de la plataforma nRVCC dispuesta por esta superintendencia para tal fin.

8.2.3.1. Supuestos para el requerimiento adicional para cumplimiento de condiciones financieras

- Las proyecciones del ejercicio se realizaron utilizando el detalle de afiliados BDUA (ADRES), mes de octubre, considerando que permite identificar las variables de género, grupo etario y geografía.
- Ajuste de los ingresos por concepto de UPC en la EPS receptora, tomando los valores definidos en la Resolución 2809 de 2022, de acuerdo con los territorios donde operan las EPS a retirar.
- Se tomaron los ingresos provenientes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (UPC y presupuesto máximo); sin embargo, se índica que producto de la operación la entidad receptora puede obtener resultados diferentes.

- Se fija como punto de partida los resultados de las condiciones financiera de la entidad receptora del mes de noviembre 2022, con aplicación plena de lo establecido en el Decreto 2702 de 2014.

- El traslado de afiliados se realizaría en el mismo momento y se mantiene en el tiempo.

Proyección cálculo de condiciones financieras Condiciones plenas Decreto 2702 de 2014

Se presenta el cálculo de condiciones financieras en los términos establecidos en el Decreto 2702 de 2014, incluyendo lo relacionado con los ingresos de presupuesto máximo.

Tabla 7. Resultado proyección condiciones financieras HOY (noviembre 2022) – Dec. 2702 pleno Miles de $

Capital Mínimo	Patrimonio Técnico	Patrimonio Adecuado	Capital Mínimo Requerido	Defecto Capital Mínimo	Defecto Patrimonio Adeucuado	Cumplim iento de Capital Requerido	Cumplim iento de Patrimonio Adecuado
379.248.888	318.182.031	1.098.228.8 69	**16.380.000**	362.868.888	- 780.046.838	Cumple	No Cumple

Fuente: Elaboración propia cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud. Con corte a noviembre de 2022.

Siguiendo las reglas del Decreto 2702, en la proyección realizada con resultado a noviembre de 2022, si bien la Nueva EPS cumple con capital mínimo, presentaría un defecto en el indicador de patrimonio adecuado en la suma de $780 mil millones, por lo que debería capitalizarse como mínimo en este valor.

Si Nueva EPS recibe el traslado de 11.490.787 afiliados, tendría ingresos adicionales correspondientes a la UPC por un valor de $16,7 billones, lo que llevaría a que la brecha del indicador de patrimonio adecuado se aumente en mínimo 173% y, por tanto, la entidad debería capitalizarse en $2,1 billones de pesos, que representa alrededor de 6,7 veces el patrimonio técnico actual.

Tabla 8. Resultado proyección condiciones financieras con nueva población (1 año) – Dec. 2702 pleno

Miles de $

Capital Mínimo	Patrimoni o Técnico	Patrimonio Adecuado	Capital Mínimo Requerid o	Defecto Capital Mínimo	Defecto Patrimonio Adecuado	Cumplimien to de Capital Requerido	Cumplimien to de Patrimonio Adecuado
379.248.8 88	318.182.0 31	2.449.946.8 48	16.380.0 00	362.868.8 88	- 2.131.764.817	Cumple	No Cumple

Fuente: Elaboración propia cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud. Base noviembre de 2022 proyección 1 año, adicionando el ingreso por traslado de afiliados.

Aplicación Decretos 1424 de 2019 y 1492 de 2022

Al hacer el cálculo del indicador de patrimonio adecuado, utilizando los Decretos 1424 de 2019, 1492 de 2022, exceptuando deterioro dado que lo establecido en el artículo 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016, cuya aplicación termina el 31 de diciembre de 2022.

Tabla 9. Resultado proyección condiciones financieras (1 año) con aplicación Decreto 1424 de 2019 y 1492 de 2022

% Patrimonio	Patrimonio Técnico	Patrimonio Adecuado	Patrimonio Adecuado Adicional	Defecto Patrimonio Adecuado
5,5%	726.052.448	711.937.557	962.494.101	- 948.379.209

Fuente: Elaboración propia cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud. Base noviembre de 2022 proyección 1 año, adicionando el ingreso por traslado de afiliados.

El patrimonio adecuado tendría un déficit de $948,3 miles de millones, para el primer año de operación contado a partir de la recepción de la población, monto mínimo estimado a capitalizar en este período; sin embargo, hay que tener en cuenta que estos Decretos tienen ciertas fechas de cumplimento, por ejemplo, el aumento en el patrimonio técnico por concepto de los costos en exceso del presupuesto máximo por valor $407 mil millones a noviembre de 2002, ya no se tendría en cuenta a diciembre de 2024, es decir, que la entidad debe llegar al cumplimiento del Decreto 2702 de 2014.

8.2.3.2. Afectación de resultado por siniestralidad

El siguiente análisis presenta los posibles impactos en siniestralidad, definido como costos respecto a ingresos, que impactaría a la entidad receptora (NUEVA EPS) ante la recepción de los afiliados de 10 EPS definidas en la Tabla 1. Adicionalmente, se analiza la posible necesidad de capitalización que requeriría la NUEVA EPS para poder continuar con la operación y cumplir con las condiciones financieras descritas en el Decreto 780 de 2016, ante la asignación.

Información Inicial

Para realizar este cálculo se analizar el traslado de afiliados de las entidades referidas en la Tabla 1, tomando el detalle de afiliados BDUA (ADRES), mes de octubre, considerando que permite identificar las variables de género, grupo etario y geografía.

Tabla 10. Afiliados a trasladar por EPS

NIT	Razón social	Régimen habilitado	Afiliados	Movilidad	Total
805001157	SOS	Contributivo	600.547	166.353	766.900
830003564	FAMISANAR	Contributivo	2.237.197	775.724	3.012.921
890500675	COMFAORIENTE	Subsidiado	215.293	15.796	231.089
891600091	COMFACHOCÓ	Subsidiado	166.758	8.181	174.939
891856000	CAPRESOCA	Subsidiado	157.843	19.151	176.994
900298372	CAPITAL SALUD	Subsidiado	1.089.749	87.744	1.177.493
900604350	SAVIA SALUD	Subsidiado	1.543.822	129.589	1.673.411
900935126	ASMET SALUD	Subsidiado	1.901.205	92.358	1.993.563
901021565	EMSSANAR	Subsidiado	1.774.017	147.058	1.921.075
901093846	ECOOPSOS	Subsidiado	345.099	17.303	362.402
TOTAL			**10.031.530**	**1.459.257**	**11.490.787**

Fuente: Elaboración propia DID - Superintendencia Nacional de Salud. Afiliados tomados de la Base de Datos Únicos de Afiliados (BDUA) de ADRES que tiene la información de cada uno de los afiliados con corte a octubre 2022.

Cálculo ingresos por unidad de pago por capitación (UPC) nueva población

El cálculo de la UPC adicional que recibiría la EPS receptora de los afiliados se basa en la resolución 2809 del Ministerio de Salud y la Protección Social del 30 de diciembre de 2022 *"Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones"*.

En este cálculo se toman en cuenta las diferencias que existen por género, grupo etario, régimen y geografía para el cálculo de la UPC anual. Se aclara que con la información de afiliados obtenida por BDUA no es posible obtener datos que identifiquen a los afiliados que presentan enfermedades de alto costo.

Una vez definidas las EPS de la Tabla 10, es decir, aquellas que serían liquidadas, se procede a definir el número de afiliados en los grupos según las diferencias descritas en el párrafo anterior. Una vez obtenidos estos grupos, se multiplica por la UPC que recibirían individualmente y se suman para obtener el valor total de la UPC que recibiría la EPS receptora de los afiliados.

!Para este análisis, se presenta que la entidad receptora recibiría cerca de 11.490.787 afiliados, de los cuales 3.354.924 harían parte del régimen contributivo y los restantes 8.135.863 serían del régimen subsidiado. En total, la entidad recibiría alrededor de **$16.7** billones (dieciséis billones setecientos mil millones) por concepto de UPC por estos nuevos afiliados, distribuidos $5.1 billones por régimen contributivo y $11.6 billones por régimen subsidiado.

8.2.3.3. Cálculo de siniestralidad Total

Una vez definidos los ingresos por concepto de UPC que recibiría la entidad por cuenta de la recepción de afiliados, se procede al cálculo de la siniestralidad. Para este caso, se plantean dos escenarios con supuestos diferentes, con el fin de obtener un rango de variación en el cálculo de este indicador.

8.2.3.3.1. Primer escenario: Moderado

El supuesto primario de este escenario es que los costos de los trasladados solo se ven afectados por la inflación.

Supuestos

- Los costos adicionales de la NUEVA EPS por recibir los afiliados son equivalentes a los costos de las EPS liquidadas ajustados con la inflación, más un incremento por la tasa de variación mensual de los costos de nueva EPS.
- No es posible identificar si hay sinergias o algún tipo de minimización de costos relacionados con economías de escala.
- Los ingresos adicionales de la NUEVA EPS por recibir los afiliados son aproximadamente equivalentes a lo establecido en la Resolución 2809 de 2022, que fijó el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para 2023.
- Única fuente de variación de la siniestralidad de la NUEVA EPS entre el último mes disponible y el mes de choque es la recepción de afiliados.

Cálculo

- Una vez se ha obtenido la UPC, se calcularon los costos, tomando la suma de los costos reportados por las 10 EPS que se proyectan retirar y, dado que
- la NUEVA EPS sería la única receptora, recibiría todos los costos definidos en el último mes reportado, que sería noviembre de 2022. En este caso, los costos adicionales totales serían de $1,48 billones mensuales que, con el ajuste de la inflación y el ajuste de la tendencia de los costos de la receptora, los costos adicionales serían $1,74 billones.

- Finalmente, se calcula la siniestralidad con los incrementos de UPC y de costos partiendo del último dato disponible del Archivo Tipo FT001 – Catálogo de información financiera para efectos de supervisión reportado por la NUEVA EPS (noviembre de 2022). Con este incremento de afiliados, NUEVA EPS pasaría de una siniestralidad de 95.1% a 113% al momento de recibir los afiliados. Esto quiere decir que, en noviembre de 2022 NUEVA EPS gasta $95 por cada $100 que recibe, mientras que, con la recepción de 11 millones de afiliados, pasaría a gastar $113 por cada $100 que recibe por afiliado.

8.2.3.3.2. Segundo escenario: Ácido

Para este escenario se incorpora las variaciones promedio de las principales EPS receptoras que recibieron afiliados en 2022, producto de las decisiones adoptadas por esta superintendencia.

Supuestos

- Durante el 2022 ninguna EPS recibió la totalidad de afiliados de las 5 EPS que entraron en proceso de liquidación.
- Cerca de 4 millones de afiliados fueron asignados con ocasión de las 5 EPS que entraron en proceso de liquidación en el año 2022, de estos, NUEVA EPS recibió aproximadamente 1,1 millones de afiliados, por tanto, los 11,4 millones representan cerca de 10 veces los afiliados recibidos en 2022.
- Las EPS SURA, SANITAS, COOSALUD, NUEVA EPS y SALUD TOTAL recibieron cerca de 3 millones de afiliados en 2022, lo que representa un pareto para calcular la variación de la siniestralidad posterior a la asignación afiliados.
- Se asume que la variación ponderada de la siniestralidad para las 5 EPS referidas en el punto anterior, posterior a la recepción de afiliados es una medida cercana al incremento que puede evidenciar una EPS en el escenario de recibir todos los afiliados de una liquidación.
- El efecto de la liquidación de Comfamiliar Guajira no se tiene en cuenta porque no hay información disponible de costos e ingresos para diciembre 2022 (mes posterior a su liquidación), considerando que los vigilados tienen plazo para reportar su información financiera de diciembre hasta febrero 20 de 2022.
- La variación de la siniestralidad de NUEVA EPS es equivalente a la variación ponderada de las liquidaciones de 2022 posterior a la asignación ajustado por la magnitud de afiliados que recibiría NUEVA EPS comparada a los afiliados recibidos en 2022.

Cálculo

- Para las 5 EPS que han recibido la mayor cantidad de afiliados, se realiza el cálculo de la participación en la recepción de afiliados de las liquidaciones de Coomeva, Medimás, Comfamiliar Huila y Convida. Como el objetivo es identificar el posible impacto en la siniestralidad de la entidad receptora posterior a las liquidaciones, se procede a identificar la variación de siniestralidad posterior al choque. Con estos datos se calcula el promedio ponderado (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Promedio ponderado de la variación mensual de la siniestralidad mes posterior a las liquidaciones del 2022, 5 principales EPS receptoras

Mes liquidación	EPS liquidada	EPS receptora	Afiliados	Participación	Variación Siniestralidad posterior a la liquidación (*)	Multiplicación
Febrero	Coomeva	Coosalud	130.338	13,8%	1,02	0,14
Febrero	Coomeva	Nueva EPS	293.117	30,9%	1,00	0,31
Febrero	Coomeva	Salud Total	154.660	16,3%	1,00	0,16
Febrero	Coomeva	Sanitas	170.281	18,0%	1,07	0,19
Febrero	Coomeva	Sura	199.090	21,0%	1,04	0,22
Marzo	Medimás	Coosalud	96.299	7,6%	1,01	0,08
Marzo	Medimás	Nueva EPS	481.736	37,9%	0,95	0,36
Marzo	Medimás	Salud Total	245.500	19,3%	0,99	0,19
Marzo	Medimás	Sanitas	357.770	28,1%	1,29	0,36
Marzo	Medimás	Sura	91.381	7,2%	0,88	0,06
Agosto Comfahuila Coosalud			22.015	4,5%	1,02	0,05
Agosto	Comfahuila	Nueva EPS	204.075	41,5%	1,11	0,46
Agosto	Comfahuila	Salud Total	32.819	6,7%	0,99	0,07
Agosto	Comfahuila	Sanitas	231.957	47,2%	1,04	0,49
Agosto	Comfahuila	Sura	603	0,1%	1,04	0,00
Septiembre	Convida	Coosalud	15.084	5,7%	1,09	0,06
Septiembre	Convida	Nueva EPS	114.979	43,6%	1,09	0,48
Septiembre	Convida	Salud Total	65.685	24,9%	0,95	0,24
Septiembre	Convida	Sura	8.037	3,0%	1,02	0,03
Septiembre	Convida	Sanitas	59.976	22,7%	0,98	0,22

Fuente: Elaboración propia, cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud.
(*) Se considera el relativo, es decir, *(Siniestralidad posterior) / (Siniestralidad anterior)* a la asignación.

El resultado del promedio ponderado del cambio en la siniestralidad de las principales EPS receptoras luego de cada una de las liquidaciones mencionadas se muestra en la Tabla 12. En promedio, posterior a la liquidación de Coomeva la siniestralidad para las 5 EPS receptoras aumentó 2,4%. El incremento promedio de la siniestralidad luego de la liquidación de Medimás es 5,4%, mientras que el incremento de la siniestralidad para las liquidaciones de ComfaHuila y Convida es 6,5% y 2,8% respectivamente.

Asimismo, en la Tabla 12 se muestra el resultado del promedio ponderado de la variación mensual posterior de las 4 liquidaciones. Para ello, se procede a calcular la participación de los afiliados de cada liquidación en el total, este valor se multiplica con el promedio ponderado obtenido en el paso anterior y finalmente, se suman los 4 valores, dando como resultado un incremento promedio en la siniestralidad posterior a la asignación de afiliados de 4,3%.

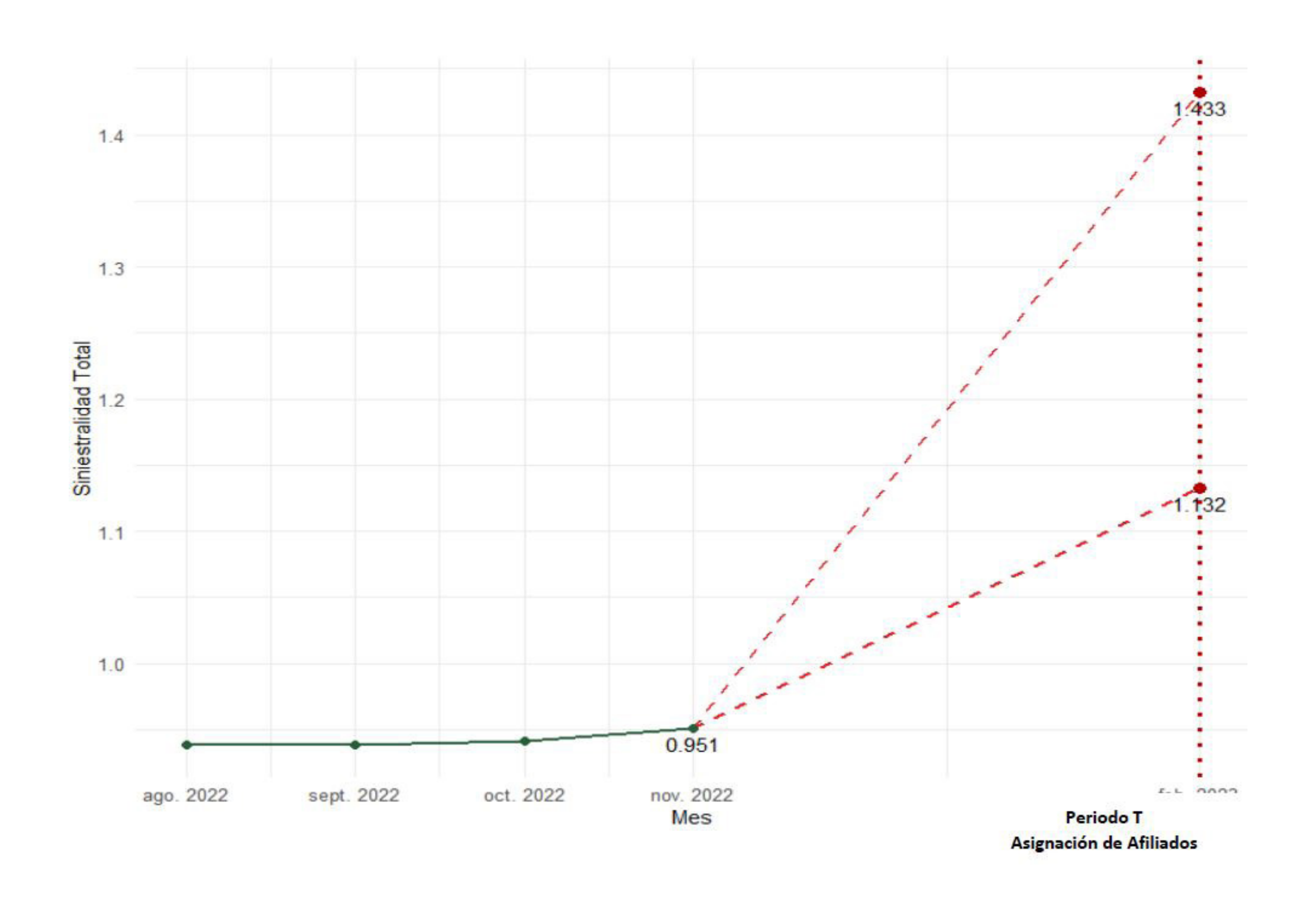
Tabla 12. Promedio ponderado de la variación mensual de la siniestralidad mes posterior a las liquidaciones del 2022, tomando el promedio ponderado de las 5 principales EPS receptoras

EPS liquidada	Afiliados asignados	Promedio ponderado 5 EPS receptoras	Participación, total afiliados asignados 2022	Multiplicación
Coomeva	1.169.172	1,024	31,8%	0,326
Medimás	1.490.265	1,054	40,5%	0,428
Comfahuila	539.985	1,065	14,7%	0,157
Convida	475.731	1,028	12,9%	0,133
Total				1,043
Porcentaje (1.043 – 1)				4,3%

Fuente: Elaboración propia, cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud.

Para la proyección de la siniestralidad ante un incremento de afiliados se toma el último dato disponible, noviembre 2022. Por otro lado, como el número de afiliados a recibir por la entidad receptora (aproximadamente 10 veces los afiliados recibidos durante 2022), se considera esta magnitud en el cálculo, por tanto, la siniestralidad de NUEVA EPS ante el incremento de afiliados pasaría de 95% a 143%. La Figura 1 muestra la siniestralidad ante estos dos escenarios, partiendo que actualmente el indicador de Nueva EPS está por debajo del 100%, y ante un aumento de afiliados de más de 11 millones, su siniestralidad superaría el 100% posterior a la asignación.

Figura 1. Cambio en la siniestralidad escenarios (Moderado – Ácido) descritos



Fuente: Elaboración propia DID - Superintendencia Nacional de Salud.

De acuerdo con un estudio econométrico realizado por la Superintendencia de Salud en el año 2022, donde se analizó el efecto en las EPS receptoras de la asignación de afiliados posterior a las medidas de revocatoria parcial y total de 11 EPS entre 2019 y junio de 2022, se sugirió que el traslado de afiliados tiene un efecto temporal sobre la estructura de costos de las EPS receptoras, en términos de siniestralidad, con una duración aproximada de tres (3) meses antes de volver a su tendencia de siniestralidad. Este impacto trimestral muestra un efecto rebote en el segundo mes, lo que llevaría a una duración de hasta seis (6) meses antes de volver a dicha tasa, reconociendo el hecho que las EPS receptoras deben ampliar su red de atención para garantizar los servicios de salud.

En este caso, se trasladarían más afiliados que los que se han asignado en el último cuatrienio y solo se tendría una entidad receptora, por lo que se esperaría que el retorno a la tendencia de siniestralidad tenga una duración mucho mayor. La suavización del efecto va a depender de la capacidad que tenga la entidad para ampliar su red de atención, renegociar los contratos con las IPS que pertenecen a la red de atención de las EPS que serían liquidadas y de su propia red, la capacidad de ampliar los canales de atención, entre otras.

8.2.4. Proyección cálculo de condiciones financieras

Considerando los escenarios del impacto que tendría en la siniestralidad analizados en la sección anterior, se realiza un ejercicio proyectando que la entidad podría tener una siniestralidad del 113,2% (escenario moderado), calculada en un momento inicial y se estima que en los siguientes meses crecerá la perdida en 13,2%, en este escenario la entidad tendría que capitalizarse en $2,3 billones, teniendo en cuenta que el cálculo de condiciones financieras se realizaría con lo dispuesto en los Decretos 1424 de 2019, 1492 de 2022 (Tabla 13).

Tabla 13. Indicadores de Condiciones Financieras a un (1) año siguiendo lo establecido en el Decreto 2702 de 2014, 1424 de 2019 y 1492 de 2022, incluyendo los ingresos adicionales por traslado de afiliados y asumiendo una siniestralidad de 113%

Condiciones Financieras Noviembre de 2022 Decretos 1424 de 2019, 1492 de 2022						
% Patrimonio	Patrimonio Técnico	Perdidas acumuladas proyectadas con siniestralidad del 113,2%	Patrimonio técnico proyectado	Patrimonio Adecuado	Patrimonio Adecuado Adicional	Defecto Patrimonio Adecuado
5,5%	726.052.448	1.309.987.908	- 583.935.460	711.937.557	962.494.101	- 2.258.367.118
						cifras en miles de $

Fuente: Elaboración propia. Superintendencia Nacional de Salud. Base de cálculo resultados noviembre de 2022 adicionando el ingreso por traslado de afiliados y proyección de siniestralidad, Un (1) año.

Para el segundo escenario (Ácido), asumiendo una siniestralidad inicial del 143,3%, en este caso se hace el supuesto que esta siniestralidad disminuirá gradualmente hasta llegar a 113,2%, que es el valor del escenario moderado de siniestralidad, arrojándonos que se requeriría de un capital adicional de $5.7 billones de pesos (Tabla 14).

Tabla 14. Indicadores de Condiciones Financieras a un (1) año siguiendo lo establecido en el Decreto 2702 de 2014, 1424 de 2019 y 1492 de 2022, incluyendo los ingresos adicionales por traslado de afiliados y asumiendo una siniestralidad de 143,3% que disminuye gradualmente hasta llegar a 113,2%

Condiciones Financieras Noviembre de 2022 Decretos 1424 de 2019, 1492 de 2022						
% Patrimonio	Patrimonio Técnico	Perdidas acumuladas proyectadas con siniestralidad del 143,3%	Patrimonio técnico proyectado	Patrimonio Adecuado	Patrimonio Adecuado Adicional	Defecto Patrimonio Adecuado
5,5%	726.052.448	4.723.541.020	- 3.997.488.572	711.937.557	962.494.101	- 5.671.920.229
					cifras en miles de $	

Fuente: Elaboración propia. Superintendencia Nacional de Salud. Base de cálculo resultados noviembre de 2022 adicionando el ingreso por traslado de afiliados y proyección de siniestralidad, Un (1) año.

8.2.5. Síntesis

Manteniendo las condiciones de cálculo de condiciones financieras, con la aplicación de los Decretos Decreto 2702 de 2014, 1424 de 2019 y 1492 de 2022, el monto mínimo estimado capitalizar de acuerdo con la proyección de condiciones financieras, sin el impacto de siniestralidad sería de $948,3 miles de millones durante el primer año de operación, incluidos los recursos pendientes de capitalizar en el marco del Plan de Ajuste Financiero (PAF).

De acuerdo con los escenarios de impacto de la siniestralidad (moderado y ácido) se proyecta que las necesidades de capitalización de la entidad receptora oscilan entre $2,4 billones y $5.7 billones, para el primer año de operación, incluidos los recursos referidos en el punto anterior; indicando que el valor máximo requerido, puede variar producto de los resultados de la operación de la entidad.

El patrimonio técnico requerido por la entidad receptora, para dar cumplimiento a las condiciones financieras definidas en el Decreto 780 de 2016, es de $2,4 billones, con una siniestralidad inferior al 100%.

Adicionalmente, en lo relacionado con el cumplimiento del régimen de inversiones de la reserva técnica, la entidad receptora al asumir la nueva población tendría una exigencia mayor de capitalización para cumplir con el requerimiento de este indicador.

Anexos

1- Modelos de UPC
2- Costeo Seccionales ADRES

Anexo 1 Modelos UPC

Anexo 1A. Modelos de UPC

El estudio realizado llevo a cabo una serie de pruebas para comparar la capacidad de ajuste de diferentes modelos, resumidos en 7 especificaciones. La primera, es una en la cual se le asigna un ingreso per cápita plano a todos los individuos, el segundo corresponde al modelo actual, el siete es el modelo de condiciones propuesto por ellos y, los demás son intermedios entre el modelo 2 y el 7. Encontraron que el modelo actual (dos) es el mejor en términos de los R-cuadrados dado que presenta dicho estadístico en cerca de 71.2% frente al 8.62% del modelo 7. No obstante, en la prueba conjunta del área bajo la curva de tolerancia el modelo propuesto por ellos (7) muestra un mejor resultado. Por lo cual, concluyen que adicionar en los modelos de ajuste de riesgo variables relacionadas con las condiciones de salud de los afiliados podría mejorar el ajuste de riesgo, y por lo tanto la distribución de los recursos.

Para verificar, lo que tiene que ver con la distribución de recursos construyeron un indicador denominado relaciones predictivas, que es la razón entre los recursos efectivamente distribuidos a las EAPB y los que cada uno de los siete modelos predice. En el cuadro 1 se aprecia que en modelo actual (M2) en términos de los territorios, la razón de relaciones predictivas es siempre mayor a 100%, mostrando que el modelo oficial remunera por encima de los predicho, representando una sobre financiación. Lo cual contrasta con el modelo de condiciones (M7) que es el que más mantiene una relación cercana al 100% optimizando la distribución de recursos.

Cuadro 1. Relaciones predictivas de tipo de territorio

Tipo de territorio	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Ciudades	97.88%	111.34%	110.48%	89.42%	98.24%	98.64%	99.59%
Difícil acceso	144.89%	127.03%	145.87%	79.21%	102.41%	123.30%	102.52%
Islas	82.33%	109.31%	108.40%	84.88%	90.72%	84.39%	91.31%
Otro	111.08%	112.29%	116.27%	88.00%	106.28%	105.15%	99.86%

De igual manera, en la evaluación por EPS, encuentran que el modelo actual muestra valores superiores al 111%, es decir una sobrefinanciación, frente al modelo de condiciones (M7) que mantiene un equilibrio alrededor del 100%.

Cuadro 2. Relaciones predictivas para EPS sintéticas

Tamaño sintético	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
300000	101.25%	111.16%	112.56%	89.49%	100.34%	100.75%	100.60%
500000	101.26%	112.90%	112.50%	89.37%	100.17%	100.58%	100.14%
1000000	101.12%	112.28%	112.31%	89.28%	100.09%	100.40%	100.04%
Ejemplo de validación completa	100.84%	111.73%	112.01%	89.01%	99.69%	100.10%	99.65%

Anexo 1B. Análisis Financiero y Estados Financieros

Ahora bien, al analizar la información de los estados financieros reportada por las Entidades promotoras de Salud – EPS, habilitadas en los regímenes contributivo y subsidiado clasificadas en los grupos de NIIF 1 y 2 que reportan información al 31 de diciembre en una serie comprendida entre el 2017 y 2021, se puede observar en los que las cuentas contables asociadas al ingreso de UPC, la de mayor peso sobre el total de los ingresos es la Ingresos por Unidad de Pago por Capitación -UPC, con un 95% durante los años 2019 y 2020 y un 90% para el año 2021.

Igualmente se observa que los ingresos registrados en los estados financieros de las EPS, tienen una tendencia creciente, incrementándose del año 2017 a 2018 en 23%, 2018 a 2019 el 11%, 2019 a 2020 el 8% y 2020 a 2021 el 13%.

INGRESOS -UPC 2017 2018 2019 2020 2021					
CONTRIBUTIVO	44%	41%	41%	44%	49%
CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO (Medimás, Nueva EPS, Saludvida)	25%	29%	27%	26%	26%
SUBSIDIADO	31%	30%	31%	31%	26%

Fuente: Catalogo de información Financiera con fines de supervisión, Supersalud

En cuanto a los regímenes, se observa que, del total de los ingresos recibidos por los dos regímenes, las EPS del régimen contributivo tienen una participación promedio del 45% durante los últimos tres años (2019,2020 y 2021) seguido por el régimen subsidiado con una participación sobre el total de los ingresos es del 29% y finalmente las EPS habilitadas tanto en régimen contributivo como subsidiado (Medimás, Nueva EPS y Saludvida) con un peso promedio del 26% durante el mismo periodo,

De igual forma es necesario aclarar que la superintendencia Nacional de Salud establece la estructura de desagregación por número de digito del Catálogo de información financiera con fines de supervisión, estableciendo como identificador de negocio los dígitos 7 y 8, que para el caso del informe se extrae el 01 régimen contributivo y 02 régimen subsidiado

En cuanto al costo, se puede evidenciar que sé que los estados financieros registran que la cuenta de mayor peso sobre el total de los costos durante el periodo 2019 y 2020 es costo reservas técnicas-liquidadas pendientes de pago- servicio de salud (UPC) con un 85% y durante el año 2021 su participación fue del 80%, en segundo lugar encontramos costo reservas técnicas - conocidos no liquidados - servicios de salud (UPC), con un peso sobre el total del costo del 8% para el año 2019, 12% el 2020 y para el periodo 2021 el 16%.

De igual forma que los ingresos, en cada cierre de periodo se evidencian crecimientos de los costos con relación al año anterior, es así que durante el periodo de 2017 a 2018 su crecimiento fue del 32%; 2018 a 2019 el 13%; 2019 a 2020 el 9% y 2020 a 2021 el 12%.

COSTOS - UPC	2017	2018	2019	2020	2021
CONTRIBUTIVO	39%	35%	36%	43%	48%
CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	25%	32%	31%	26%	26%
SUBSIDIADO	36%	33%	33%	30%	26%

Fuente: Catalogo de información Financiera con fines de supervisión, Supersalud

De igual forma se observa que del total de los costos registrados por las EPS en los dos regímenes, las EPS del régimen contributivo tienen una participación promedio sobre el total de los costos del 42% durante los últimos tres años (2019, 2020 y 2021), el régimen subsidiado tiene un peso del 30% y las EPS habilitadas en los dos regímenes (Medimás, Nueva EPS y Saludvida) su participación promedio es del 28% en los mismos periodos.

Finalmente se observa que la relación de costo ingreso en los periodos de análisis es positiva, evidenciando una participación del costo sobre el ingreso para los años 2017 del 73.26%, 2018 de 78.66%, 2019 de 79.87%, 2020 de 80.26% y 79.27% durante el periodo de cierre del año 2021, así mismo se observa que la EPS Famisanar, es la única EPS que presenta un peso promedio de los costos sobre el ingreso del 94% durante los últimos tres años(2019,2020,2021).

INGRESOS Y COSTOS ASOCIADOS A LA UPC 2017 – 2021 Valores en miles de pesos					
INGRESOS	2017	2018	2019	2020	2021
UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - UPC	28.307.208.100	34.800.625.552	38.629.478.790	41.657.129.372	44.876.727.676
UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN ADICIONAL	20.882.336	24.992.304	28.665.212	33.425.448	67.935.946
LIBERACIÓN RESERVAS TÉCNICAS-OBLIGACIONES PENDIENTES Y CONOCIDAS	499.912.970	641.690.047	899.393.174	1.198.564.283	1.165.650.430
LIBERACIÓN RESERVAS TÉCNICAS-OBLIGACIONES PENDIENTES NO CONOCIDAS	130.811.737	81.263.319	101.931.968	259.102.929	144.283.305
CUOTA MODERADORA POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS FINANCIADOS CON LA UPC	340.947.785	388.752.711	468.599.418	341.957.615	461.417.935
COPAGOS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS FINANCIADOS CON LA UPC	222.487.831				
SANCIÓN POR INASISTENCIA	208.357	252.064.142 106.400	276.935.394 48.001	243.037.077 17.231	249.856.842 2.958
INGRESOS POR DUPLICADO DE CARNÉ Y CERTIFICACIONES	174.165	180.988	84.706	35.298	22.369
OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD	110.190.843	141.168.432	82.396.561	188.747.338	2.630.320.314
TOTAL, INGRESOS	29.632.824.123	36.330.843.894	40.487.533.223	43.922.016.591	49.596.217.775 31.569.775.92
COSTOS COSTO RESERVAS TECNICAS-LIQUIDADAS PENDIENTES DE PAGO- SERVICIO DE SALUD (UPC)	18.462.796.444	24.826.027.951	27.496.436.782	29.788.850.890	0
COSTO RESERVAS TECNICAS - CONOCIDOS NO LIQUIDADOS - SERVICIOS DE SALUD (UPC)	1.851.693.939	2.097.285.195	2.615.667.850	4.305.976.558	6.376.744.584
RESERVAS TECNICAS-CONOCIDAS NO LIQUIDADAS- SERVICIOS DE SALUD	1.071.394.159	1.261.389.337	1.573.048.239	0	0
COSTO RESERVAS TECNICAS - PENDIENTES NO CONOCIDAS - SERVICIOS DE SALUD (UPC)	314.500.772	392.262.869	652.119.817	1.156.444.444	1.369.605.966
TOTAL, COSTOS	21.700.385.314	28.576.965.353	32.337.272.688	35.251.271.892	39.316.126.470
PARTICIPACION COSTO SOBRE EL INGRESO	73,23%	78,66%	79,87%	80,26%	79,27%

Anexo 1C. Funciones y Obligaciones de las EPS

FUNCIONES Y OBLIGACIONES DE LAS EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios;

b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

c) Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro;

d) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato;

e) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud;

f) Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia;

g) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza.

FUNCIONES Y OBLIGACIONES DE LAS EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

Son obligaciones de las entidades EPS del régimen subsidiado, las siguientes, conforme las disposiciones vigentes:

a) Promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, garantizando la libre elección por parte del beneficiario.

b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas.

c) Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con el contenido del POS, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos dentro del SGSSS, así como el valor de las cuotas moderadoras y copagos que debe pagar.

d) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios y con profesionales de salud, implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

e) Asegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, calificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las condiciones señaladas en el presente Título.

f) Suministrar oportunamente a las Direcciones de Salud la información relacionada con sus afiliados y verificar en el momento de la afiliación que estas personas se encuentran dentro de la población prioritaria para la asignación de subsidios, conforme los listados entregados por las entidades territoriales.

g) Establecer el sistema de administración financiera de los recursos provenientes del subsidio a la demanda.

h) Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios que incluya las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia.

i) Informar a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud y Protección Social, a las entidades territoriales y demás autoridades correspondientes las irregularidades que se presenten en la operación del régimen subsidiado, en especial aquellos aspectos relacionados con los procesos de identificación, afiliación, carnetización de los beneficiarios de subsidios y deficiencia en la red prestadora de servicios, independientemente de las acciones internas que adelante para establecer las responsabilidades personales o institucionales y para la adopción de los correctivos correspondientes.

Anexo 2. Seccionales ADRES

DISTRIBUCION 7 REGIONES			
REGION	**DEPARTAMENTOS**	**POBLACION**	**POBLACION TOTAL REGION**
1 CARIBE	LA GUAJIRA	1,096,432	12,130,230
	CESAR	1,344,819	
	MAGDALENA	1,473,721	
	ATLANTICO	2,906,853	
	BOLIVAR	2,432,406	
	SUCRE	1,022,020	
	CORDOBA	1,790,640	
	SAN ANDRES	63,338	
2 EJE CAFETERO	ANTIOQUIA	7,211,853	10,338,391
	CALDAS	969,708	
	RISARALDA	1,091,566	
	QUINDIO	596,792	
	CHOCO	468,473	
3 PACIFICO	VALLE DEL CAUCA	4,817,049	7,780,659
	CAUCA	1,408,428	
	NARIÑO	1,555,183	
4. SANTANDERES	NORTE DE SANTANDER	1,758,193	4,122,981
	SANTANDER	2,364,788	
5 CENTRO + AMAZONAS	BOYACA	1,239,162	12,369,019
	CUNDINAMARCA	2,725,893	
	BOGOTA D.C.	8,234,723	
	VAUPES	35,484	
	GUAINIA	54,218	
	AMAZONAS	79,537	
6 ORINOQUIA	ARAUCA	316,018	2,028,252
	CASANARE	441,387	
	META	1,094,080	
	GUAVIARE	89,889	
	VICHADA	86,877	
7 CENTRO - SUR	TOLIMA	1,229,733	3,386,721
	HUILA	1,372,356	
	CAQUETA	437,731	
	PUTUMAYO	346,901	
Fuente: BDUA		52,156,254	52,156,254

PROPUESTA AJUSTE OPERACIÓN TALENTO HUMANO MAS COSTO FUNCION (ESCENARIO 1 - AUDITORIA 100% SOPORTES)					AMIENTO
	DEPARTAMENTAL	Varia por Departamento			
Canti-dad	Equipo Directivo base:	honorario mes x Dep	Factor Salaria 1,5	salarios año x Dep	salarios x 33
1	Director x Departamento	12,000,000	18,000,000	216,000,000	7,128,000,000
1	Líder de Auditoria	9,000,000	13,500,000	162,000,000	5,346,000,000
1	Auditor medico Lider	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Auditor Administrativo financiero	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Auditor Jurídico	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Auditor Sistemas de Información	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
5	Atención al Ciudadano	3,500,000	5,250,000	315,000,000	10,395,000,000
10	Técnico o tecnólogo en Sistemas	3,000,000	4,500,000	540,000,000	17,820,000,000
5	Gestor Documental	3,000,000	4,500,000	270,000,000	8,910,000,000
10	Apoyo Administrativo	3,000,000	4,500,000	540,000,000	17,820,000,000
300	Auditores profesionales	6,500,000	9,750,000	35,100,000,000	1,158,300,000,000
450	Analistas	3,000,000	4,500,000	24,300,000,000	801,900,000,000
3	Abogados x linea auditoria	7,000,000	10,500,000	378,000,000	12,474,000,000
10	Analistas de Información	7,000,000	10,500,000	1,260,000,000	41,580,000,000
2	Estadisticos	7,000,000	10,500,000	252,000,000	8,316,000,000
2	Ingenieros sistemas	6,000,000	9,000,000	216,000,000	7,128,000,000
1	Líder Financiero	8,000,000	12,000,000	144,000,000	4,752,000,000
1	Lider Contabilidad	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Lider Presupuesto	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
5	Apoyos Financieros	5,000,000	7,500,000	450,000,000	14,850,000,000
1	Lider Prestaciones Economicas	8,000,000	12,000,000	144,000,000	4,752,000,000
100	Profesionales Prestaciones Economicas	5,000,000	7,500,000	9,000,000,000	297,000,000,000
3	Abogados cobro coactivo	5,000,000	7,500,000	270,000,000	8,910,000,000
1	Lider Administrativo	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
2	Profesional de apoyo	5,000,000	7,500,000	180,000,000	5,940,000,000
1	Apoyo Administrativo	3,000,000	4,500,000	54,000,000	1,782,000,000
919	**30,327**	**Total personas**			
TOTALES					**2,464,209,000,000**

}

PROPUESTA AJUSTE OPERACIÓN TALENTO HUMANO MAS COSTO FUNCIONAMIENTO (Escenario 2 - AUDITORIA basada en análisis)					
	DEPARTAMENTAL	Varia por Departamento			
Cantidad	**Equipo Directivo base:**	**Honorarios mes x Dep**	**Factor Salarial 1,5**	**Salarios año x Dep**	**Honorarios x 33**
1	Director x Departamento	12,000,000	18,000,000	216,000,000	7,128,000,000
1	Líder de Auditoria	9,000,000	13,500,000	162,000,000	5,346,000,000
1	Auditor medico Lider	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Auditor Administrativo financiero	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Auditor Jurídico	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Auditor Sistemas de Información	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
5	Atención al Ciudadano	3,500,000	5,250,000	315,000,000	10,395,000,000
5	Técnico o tecnólogo en Sistemas	3,000,000	4,500,000	270,000,000	8,910,000,000
5	Gestor Documental	3,000,000	4,500,000	270,000,000	8,910,000,000
10	Apoyo Administrativo	3,000,000	4,500,000	540,000,000	17,820,000,000
30	Auditores Profesionales	7,000,000	10,500,000	3,780,000,000	124,740,000,000
45	Analistas	3,000,000	4,500,000	1,620,000,000	53,460,000,000
3	Abogados x linea auditoria	7,000,000	10,500,000	378,000,000	12,474,000,000
6	Analistas de Información	5,000,000	7,500,000	540,000,000	17,820,000,000
3	Estadisticos	7,000,000	10,500,000	378,000,000	12,474,000,000
5	Ingenieros sistemas	6,000,000	9,000,000	540,000,000	17,820,000,000
1	Líder Financiero	8,000,000	12,000,000	144,000,000	4,752,000,000
1	Lider Contabilidad	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Lider Presupuesto	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
5	Apoyos Financieros	5,000,000	7,500,000	450,000,000	14,850,000,000
1	Lider Prestaciones Economicas	8,000,000	12,000,000	144,000,000	4,752,000,000
20	Profesionales Prestaciones Economicas	5,000,000	7,500,000	1,800,000,000	59,400,000,000
3	Abogados cobro coactivo	5,000,000	7,500,000	270,000,000	8,910,000,000
1	Lider Administrativo	7,000,000	10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
2	Profesional de apoyo	5,000,000	7,500,000	180,000,000	5,940,000,000

2	Apoyo Administrativo	3,000,000	4,500,000	108,000,000	3,564,000,000
160	**5,280**	**Total personas**			
TOTALES					**405,999,000,000**

7	**FONDO REGIONAL- ESCENARIO 1**				
Cantidad	**Equipo Directivo base:**	**Honorarios mes**	**Factor Salarial 1,5**	**Salarios año x Región**	**Gasto RH x 7**
1	Director x Departamento	14,400,000	21,600,000	259,200,000	1,814,400,000
1	Jefe de Contratación red	10,800,000	16,200,000	194,400,000	1,360,800,000
3	Expertos contratacion salud	8,400,000	12,600,000	453,600,000	3,175,200,000
4	Abogados Contratación	6,000,000	9,000,000	432,000,000	3,024,000,000
3	Técnicos sistemas	3,600,000	5,400,000	194,400,000	1,360,800,000
2	Apoyo administrativo	3,600,000	5,400,000	129,600,000	907,200,000
1	Líder de Auditoria	10,800,000	16,200,000	194,400,000	1,360,800,000
1	Auditor medico Lider	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Auditor Administrativo financiero	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Auditor Jurídico	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Auditor Sistemas de Información	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Atención al Ciudadano	4,200,000	6,300,000	75,600,000	529,200,000
3	Técnico o tecnólogo en Sistemas	3,600,000	5,400,000	194,400,000	1,360,800,000
1	Gestor Documental	3,600,000	5,400,000	64,800,000	453,600,000
2	Apoyo Administrativo	3,600,000	5,400,000	129,600,000	907,200,000
30	Auditorias especiales	6,000,000	9,000,000	3,240,000,000	22,680,000,000
6	Analistas	10,800,000	16,200,000	1,166,400,000	8,164,800,000
30	Revisores calidad	3,600,000	5,400,000	1,944,000,000	13,608,000,000
5	Abogados x linea auditoria	8,400,000	12,600,000	756,000,000	5,292,000,000
6	Analistas de Información	8,400,000	12,600,000	907,200,000	6,350,400,000
3	Estadisticos	8,400,000	12,600,000	453,600,000	3,175,200,000
3	Ingenieros sistemas	7,200,000	10,800,000	388,800,000	2,721,600,000
1	Líder Financiero	9,600,000	14,400,000	172,800,000	1,209,600,000
1	Lider Contabilidad	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Lider Presupuesto	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000

7	Apoyos Financieros	6,000,000	9,000,000	756,000,000	5,292,000,000
1	Lider Prestaciones Economicas	9,600,000	14,400,000	172,800,000	1,209,600,000
6	Profesionales Prestaciones Economicas	6,000,000	9,000,000	648,000,000	4,536,000,000
1	Abogados cobro coactivo	6,000,000	9,000,000	108,000,000	756,000,000
1	Lider Administrativo	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Profesional de apoyo	6,000,000	9,000,000	108,000,000	756,000,000
1	Apoyo Administrativo	3,600,000	5,400,000	64,800,000	453,600,000
130	**780**				
TOTAL					**70,232,400,000**

7	**FONDO REGIONAL -ESCENARIO 2**				
Cantidad	**Equipo Directivo base:**	**Honorario mes x Dep**	**Factor Salaria 1,5**	**Salarios año x Dep**	**Gasto RH x 7**
1	Director x Regional	14,400,000	21,600,000	259,200,000	1,814,400,000
1	Jefe de Contratación red	10,800,000	16,200,000	194,400,000	1,360,800,000
3	Expertos contratacion salud	8,400,000	12,600,000	453,600,000	3,175,200,000
4	Abogados Contratación	6,000,000	9,000,000	432,000,000	3,024,000,000
3	Técnicos sistemas	3,600,000	5,400,000	194,400,000	1,360,800,000
2	Apoyo administrativo	3,600,000	5,400,000	129,600,000	907,200,000
1	Líder de Auditoria	10,800,000	16,200,000	194,400,000	1,360,800,000
1	Auditor medico Lider	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Auditor Administrativo financiero	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Auditor Jurídico	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Auditor Sistemas de Información	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Atención al Ciudadano	4,200,000	6,300,000	75,600,000	529,200,000
3	Técnico o tecnólogo en Sistemas	3,600,000	5,400,000	194,400,000	1,360,800,000
1	Gestor Documental	3,600,000	5,400,000	64,800,000	453,600,000
2	Apoyo Administrativo	3,600,000	5,400,000	129,600,000	907,200,000
20	Auditorias especiales	6,000,000	9,000,000	2,160,000,000	15,120,000,000

10	Analistas	10,800,000	16,200,000	1,944,000,000	13,608,000,000
20	Revisores calidad	3,600,000	5,400,000	1,296,000,000	9,072,000,000
5	Abogados x linea auditoria	8,400,000	12,600,000	756,000,000	5,292,000,000
6	Analistas de Información	8,400,000	12,600,000	907,200,000	6,350,400,000
3	Estadisticos	8,400,000	12,600,000	453,600,000	3,175,200,000
3	Ingenieros sistemas	7,200,000	10,800,000	388,800,000	2,721,600,000
1	Líder Financiero	9,600,000	14,400,000	172,800,000	1,209,600,000
1	Lider Contabilidad	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Lider Presupuesto	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
7	Apoyos Financieros	6,000,000	9,000,000	756,000,000	5,292,000,000
1	Líder Prestaciones Economicas	9,600,000	14,400,000	172,800,000	1,209,600,000
5	Profesionales Prestaciones Economicas	6,000,000	9,000,000	540,000,000	3,780,000,000
3	Abogados cobro coactivo	6,000,000	9,000,000	324,000,000	2,268,000,000
1	Lider Administrativo	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
2	Profesional de apoyo	6,000,000	9,000,000	216,000,000	1,512,000,000
2	Apoyo Administrativo	3,600,000	5,400,000	129,600,000	907,200,000
117	**819**				**95,180,400,000**

COSTOS OPERACIÓN SEDES ESCENARIO 1			
	Valor Unitario mes	**Valor año**	**Valor 40 sedes Pais**
Arriendo Oficina	250,000,000.00	3,000,000,000	120,000,000,000
Comunicaciones: telefonia, internet	150,000,000.00	1,800,000,000	72,000,000,000
Seguridad	12,000,000.00	144,000,000	5,760,000,000
Cafeteria y Aseo	15,000,000.00	180,000,000	7,200,000,000
Tecnologia equipos y red PCCOM	80,000,000.00	960,000,000	38,400,000,000
Suminitros 5%	30,000,000.00	360,000,000	14,400,000,000

Tiquetes aereos y terrestre	15,000,000.00	180,000,000	7,200,000,000
Gastos de desplazamiento personal	30,000,000.00	360,000,000	14,400,000,000
Servicios públicos. Imprevistos	30,000,000.00	360,000,000	14,400,000,000
TOTALES			**293,760,000,000**

COSTOS OPERACIÓN SEDES - ESCENARIO 2				
	Valor Unitario mes		**Valor año**	**Valor 40 sedes Pais**
Arriendo Oficina	200,000,000.00		2,400,000,000.00	96,000,000,000.00
Comunicaciones: telefonia, internet	100,000,000.00		1,200,000,000.00	48,000,000,000.00
Seguridad	12,000,000.00		144,000,000.00	5,760,000,000.00
Cafeteria y Aseo	10,000,000.00		120,000,000.00	4,800,000,000.00
Tecnologia equipos y red PCCOM	45,000,000.00		540,000,000.00	21,600,000,000.00
Suminitros	20,000,000.00		240,000,000.00	9,600,000,000.00
Tiquetes aereos y terrestre	10,000,000.00		120,000,000.00	4,800,000,000.00
Gastos de desplazamiento personal	20,000,000.00		240,000,000.00	9,600,000,000.00
Servicios públicos, varios e Imprevistos	20,000,000.00		240,000,000.00	9,600,000,000.00
TOTALES				**209,760,000,000.00**